

L'ODONTOLOGIE

32e année. Vol. XLVII

N° 1. 15 JANVIER 1912

L'ODONTOLOGIE

PARAISSANT LE 15 ET LE 30 DE CHAQUE MOIS

ORGANE DU GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
ET DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE
(ÉCOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS, SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS)

Dirigée de 1881 à 1896 par Paul Dubois

DIRECTEUR : **CH. GODON,**
Président-directeur de l'École dentaire de Paris.

RÉDACTEUR EN CHEF : **MAURICE ROY,**
Professeur à l'École dentaire de Paris, Dentiste des hôpitaux.

Secrétaire de la Rédaction :
HENRI DREYFUS,
Chef de Clinique à l'École dentaire de Paris.

Administrateur-Gérant :
V. E. MIÉGEVILLE,
Chef de clinique à l'École dentaire de Paris.

RÉDACTION ET ADMINISTRATION
A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE
PARIS-IXe

Téléphone 223.04

ABONNEMENT :

FRANCE .... 10 fr. | UNION POSTALE.. ... 12 fr.

Le Numéro : 1 franc.

32e ANNÉE. N° 1 15 JANVIER 1912 VOL. XLVII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie **est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

TRAVAUX ORIGINAUX

DEUX OBSERVATIONS D'ÉTAT HÉMORRAGIPARE

Par MAURICE ROY,

Dentiste des hôpitaux,
Professeur à l'École dentaire de Paris.

Un des états diathésiques que le dentiste a le plus à redouter est l'hémophilie qui peut entraîner au cours des opérations si souvent sanglantes que l'on pratique dans la bouche des complications graves, voire même mortelles. Cette diathèse, qui s'atténue avec l'âge, s'observe dès l'enfance et les sujets qui en sont atteints ont des hémorragies profuses et interminables à l'occasion de la plus petite blessure.

En raison de ces circonstances, les sujets hémophiliques ignorent rarement leur tendance aux hémorragies lorsqu'ils viennent trouver le dentiste, aussi préviennent-ils le plus souvent l'opérateur avant toute intervention. Disons à ce propos qu'on doit toujours tenir grand compte des dires du malade sur ce point ; il y a quelques années, nous avons eu pour notre part, à nous repentir de ne pas l'avoir fait. C'était à notre consultation hospitalière, une malade se présenta souffrant d'une dent en très mauvais état et dont l'extraction s'imposait. Cette malade, en entendant parler d'extraire sa dent, fit quelques objections et notamment argua qu'elle avait eu autrefois une hémorragie à la suite d'une extraction de dent. Mettant cette observation sur le

compte de la peur de l'opération, et comme elle n'accusait pas d'autre accident hémorragique antérieur, j'enlevai la dent. L'opération se fit sans complication et au bout de quelques instants, l'hémorragie qui suit normalement une extraction étant arrêtée, la malade rentra chez elle. Mais dans la journée l'alvéole se remit à saigner abondamment et la malade dut être admise d'urgence à l'hôpital où l'hémostase fut très difficile à obtenir.

Diverses causes ont été invoquées pour expliquer la tendance aux hémorragies des hémophiles, mais celle qui paraît la plus probable à l'heure actuelle est celle invoquée par P. E. Weil qui l'attribue à une altération de la substance fibrinoplastique du sang [1].

Mais en dehors de ces sujets hémophiles d'une façon permanente il en est d'autres qui peuvent l'être temporairement par suite sans doute d'une altération temporaire de la substance fibrinoplastique du sang sous une influence inconnue. Ce sont des états hémorragipares dont nous allons relater deux observations intéressantes.

Observation I.

Madame G., 50 ans, vient me trouver pour se faire soigner quelques dents, l'une d'elles, la dent de sagesse supérieure gauche ; obturée depuis longtemps s'est fracturée et l'extraction de cette dent, dépourvue d'antagoniste et sans utilisation possible est conseillée. La malade s'y soumet volontiers, une extraction analogue lui ayant été faite par moi de l'autre côté il y a sept ans sans aucune douleur ni incident.

Après anesthésie à la cocaïne adrénaline, l'extraction est pratiquée, la dent est un peu résistante mais l'extraction se fait complètement et sans reprises opératoires. Une hémorragie normale suit l'opération puis, au bout d'un quart d'heure, celle-ci se trouvant arrêtée, la malade part pour rentrer chez elle. Mais en route, étant en voiture, l'hémorragie reprend et continue malgré les lavages à l'eau oxygénée qu'elle pratique dès qu'elle est chez elle. Aussi revint-elle une heure et demie après pour me demander d'arrêter cette hémorragie dont la persistance et l'abondance l'inquiétaient à juste titre.

---

1. P. E. Weil. Présentation et guérison des hémorragies des hémophiliques par les injections et pansements de sérum sanguin frais (*Revue de Stomatologie*, 1908, p. 455).

La bouche est pleine de caillots, je l'en débarrasse et nettoie l'alvéole de la dent extraite, celle-ci est le siège d'un suintement continue, en nappe qui ne cède pas à un tamponnement énergique et prolongé. Je fais prendre à la malade à l'intérieur deux cuillerées à soupe d'une solution aqueuse d'hamameline (Hamameline Roya) et j'arrête enfin l'hémorragie en tamponnant fortement avec un tampon d'ouate imbibé du mélange suivant :

Tannin................	5	grammes.
Antipyrine............	3	—
Alcool................	10	—

que je laisse en place en conseillant à ma malade de continuer à prendre une cuillerée d'hamameline toutes les deux heures.

Je revis la malade le lendemain matin, l'hémorragie ne s'était pas reproduite et j'enlevai le tamponnement sans hémorragie notable. Mais, dans les jours qui suivirent, je constatai chez cette dame une grande ecchymose du voile du palais, une autre au niveau de la joue visible du côté de la muqueuse et du côté de la peau et avec cela un gonflement assez marqué de tous les tissus montrant que du sang était extravasé dans l'épaisseur de ceux-ci. En outre je constatai la présence de petites pétéchies hémorragiques sur les mains et les avant-bras. Toutefois l'hémorragie alvéolaire ne se produisit plus et, au bout d'une quinzaine de jours, les extravasations sanguines étant entièrement résorbées, tout rentra en ordre et la cicatrisation de l'alvéole se termina sans autre incident.

Cette malade n'avait jamais eu d'hémorragie antérieure et, comme je l'ai dit, j'avais sans aucune complication enlevé la dent de sagesse du côté droit sept ans auparavant. Cette hémorragie alvéolaire, muqueuse et cutanée me paraît donc due à un trouble dyscrasique dont la nature aurait peut-être été révélée par un examen du sang qui malheureusement n'a pu être fait.

Observation II.

M. X., douanier, 28 ans, se présente à l'hôpital pour une collection purulente enkystée de la joue de la grosseur d'une noix qui avait persisté après l'extraction de la première grosse molaire inférieure gauche qui avait été pratiquée quelques semaines auparavant.

La peau étant encore en bon état au niveau de la collection, je décide de l'ouvrir par la bouche et après réfrigération de la région, j'incise assez profondément pour arriver dans la collection d'où s'écoule une notable quantité de pus, et je curette ensuite la poche pour en enlever les fongosités. Une hémorragie assez abondante, en nappe, accompagne l'opération bien qu'aucun vaisseau de calibre notable

n'ait été sectionné, mais cette hémorragie cède immédiatement après un tamponnement serré à la gaze de la cavité abcédée.

Le lendemain je revois le malade et lui enlève le tamponnement ; mais l'hémorragie, qui ne s'était pas reproduite depuis la veille reprend immédiatement et je ne l'arrête qu'avec un nouveau tamponnement à demeure.

Le surlendemain l'hémorragie ne s'est pas reproduite depuis le tamponnement ; j'enlève de nouveau celui-ci en procédant aussi doucement que possible pour ne pas détacher les caillots qui ont dû se former ; mais l'hémorragie reprend aussitôt comme au premier jour et je dois immédiatement retamponner, la bouche s'emplissant constamment de sang.

Dans ces conditions, je décidai, suivant le procédé conseillé par P. E Weil chez les hémophiliques de faire à ce malade une injection de sérum animal frais, celui-ci modifiant la coagulabilité du sang qui se trouve retardée en rendant probablement au sang un ferment qui lui fait défaut.

N'ayant pas de sérum simple, je fis donc immédiatement à ce malade une injection de 20 cmc. de sérum antidiphtérique dans la peau de l'abdomen. Sitôt celle-ci terminée, j'enlève mon tamponnement et constate avec plaisir que plus une goutte de sang ne s'écoule de la cavité alors que, comme je viens de le dire, la bouche quelques instants auparavant s'emplissait immédiatement de sang dès que le tamponnement était enlevé et cela depuis trois jours. L'hémorragie était radicalement arrêtée car elle ne se reproduisit pas un seul instant par la suite et la guérison de la plaie se poursuivit d'une façon normale.

Ce malade auquel on avait déjà enlevé plusieurs dents et notamment celle cause de l'abcès sans hémorragie anormal n'avait jamais présenté auparavant aucun phénomène hémorragique.

On pourrait rapprocher de ces deux observations celle que j'ai déjà publiée en 1895 et qui est tout à fait analogue au premier des deux cas que je viens de citer[1].

Il paraît bien évident que dans ces différents cas il y a eu modification temporaire de la coagulation sanguine et la dernière observation, si intéressante par la rapidité merveilleuse avec laquelle l'hémostase s'est produite, paraît bien confirmer cette hypothèse et les recherches de P. E. Weil dont nous avons parlé.

---

1. Hémorragie grave consécutive à une extraction de dent. *Odontologie*, 1895, p. 393.

A QUEL AGE DOIT-ON ENTREPRENDRE UN REDRESSEMENT ?

Par A. Pont,

Directeur de l'Ecole dentaire de Lyon.

Grâce aux travaux parus depuis une cinquantaine d'années à peine, travaux qui sont connus de tous et qui sont devenus classiques, l'art de redresser les dents est devenu une véritable science. Chaque jour une donnée empirique est remplacée par une nouvelle donnée scientifique, et, à l'heure actuelle, lorsque nous avons à traiter des malpositions dento-maxillaires, les bases et les lois de l'orthodontie nous permettent d'une façon sûre et précise de discuter les indications et les contre-indications et de poser les règles de tel ou tel traitement. Tandis qu'autrefois la question des appareils était primordiale, que chaque cas nécessitait pour ainsi dire un appareil nouveau, et on peut ajouter même un appareil différent suivant chaque dentiste, en orthodontie la question des appareils a perdu de son importance. On a cherché à connaître les phénomènes et les modifications qui se passaient dans les différents tissus dentaires et peridentaires, l'étiologie a été étudiée à fond et on a cherché à baser les indications et les contre-indications du traitement sur les formules scientifiques. Pour tout dire, l'anatomie, l'histologie, la physiologie, la pathologie, aussi bien que la mécanique appliquée, la métallurgie et la prothèse sont venues compléter les connaissances de l'orthodontiste et lui ont permis de sortir peu à peu du domaine de l'empirisme et du tâtonnement.

Nous sommes d'accord, par exemple, depuis les travaux d'Angle, pour reconnaître toute l'importance du rétablissement intégral et normal de l'articulation ou plutôt de l'occlusion des dents. Case a étudié les rapports de l'esthétique de la face et des malpositions dentaires. Bogue nous a montré le rôle important de la première molaire. Lorsqu'il y a de l'atrésie des maxillaires, au lieu de dilater au hasard

comme autrefois, on sait maintenant à 1 ou 2 millimètres près le degré d'expansion qu'il faut obtenir, et cela grâce aux travaux d'Howley, de Campion et grâce aux schémas basés sur l'étude de l'indice dentaire que j'ai publiés il y a quelques années. Enfin les classifications d'Angle et de Case ont été reprises et modifiées par Robin, Villain, Frey et de Nevrezé, et j'espère que nous aurons bientôt une classification définitive qui nous permettra à tous de parler le même langage.

Néanmoins, comme dans toute science nouvelle, il y a encore beaucoup à dire et un grand nombre de questions demandent à être mieux étudiées et précisées.

Je placerai ici en première ligne la question suivante *A quel âge doit-on entreprendre un redressement ?* Sur ce chapitre je crois que nos idées ne sont pas toujours très nettes et que l'accord est loin d'être parfait. Ces deux assertions s'enchaînent et sont le corollaire l'une de l'autre. C'est pourquoi, avant d'énumérer les diverses opinions en cours, je dois vous raconter un fait caractéristique des temps actuels et qui montrera la vérité de ma première assertion.

Il y a un an environ, M[me] L..., demeurant à Lyon, chemin des Massues, m'amena sa fillette âgée de 12 ans, qui avait une atrésie de 7 millimètres au niveau des premières prémolaires supérieures et de 4 millimètres au niveau des premières molaires supérieures. L'arcade était en forme de selle et les canines supérieures et inférieures étaient en antéversion ou, pour parler comme Frey et de Nevrezé, en progression. M[me] L... me dit qu'elle avait consulté l'année précédente un de mes confrères pour sa fillette. Le dentiste lui avait dit de ne pas s'inquiéter, qu'il était inutile de commencer un traitement avant l'âge de 12 ans et de ne revenir qu'à ce moment-là. Six mois après, les canines inférieures avaient évolué, elles étaient assez apparentes et les lésions s'étaient aggravées ; la mère, inquiète à juste titre et son enfant ayant 12 ans, va retrouver le dentiste. Celui-ci, oubliant vraisemblablement ce qu'il avait dit six mois auparavant, déclara qu'il était trop tard pour faire un redresse-

ment et qu'il fallait enlever les 4 canines. La morale de cette histoire, c'est que nous devons, dans l'intérêt de nos jeunes malades et de notre profession, tâcher de nous mettre d'accord sur les points encore obscurs et vulgariser dans nos journaux professionnels les idées reconnues vraies et devenues classiques.

L'orthodontiste, il est à peine besoin de le dire, avant d'examiner la question d'âge, devra d'abord examiner si l'état général ou l'état local ne constituent pas des contre-indications du traitement ou tout au moins ne doivent pas le retarder. Bien entendu il devra aussi rechercher les causes des malpositions dentaires et tenter de les supprimer ou de les faire disparaître avant de rien entreprendre.

Ceci dit, nous pourrons examiner les diverses opinions en ce qui concerne l'âge. Il n'y a guère plus de quinze ou vingt ans on admettait généralement que l'âge le plus favorable pour entreprendre un redressement était de 11 à 16 ans. Cette opinion, d'ailleurs, paraît être encore admise par un trop grand nombre de praticiens.

Par contre, dans la plupart des traités d'orthodontie parus dans ces dernières années, ceux d'Angle, de Jackson, de Subirana, etc..., on admet que le traitement des dents en malocclusion doit être commencé dès que les anomalies se manifestent et aussitôt que possible [1].

Angle dit textuellement : « Je suis de plus en plus persuadé qu'il y a avantage en orthodontie à commencer tout traitement de bonne heure. » Subirana ajoute : « Une heure d'orthodontie chez un enfant équivaut à un jour d'effort chez un adulte. »

Avant d'examiner si nous devons admettre sans réserve l'opinion moderne, je tâcherai de vous énumérer aussi succinctement que possible les avantages du traitement précoce.

Pour apporter un peu d'ordre et de clarté dans cette question, j'examinerai tour à tour les avantages que nous avons

1. Un article de M. de Croes (*Bulletin du Syndicat*) a paru le 15 juillet sur ce même sujet.

au point de vue du ligament alvéolo-dentaire, des dents, des procès alvéolaires, du facies, du squelette et enfin au point de vue de la nutrition et de l'état général. Mais, au préalable, je dois faire une remarque d'ordre général. Supposons qu'un malade, au lieu de présenter une atrésie des maxillaires, soit atteint de genu-valgum ou de toute autre lésion rachitique. Que penseriez-vous du chirurgien qui, au lieu de traiter immédiatement le rachitisme et ses effets, attendrait que le squelette ait fini son développement et que les lésions se soient aggravées? Ce qui est vrai en pathologie générale n'est pas moins vrai en pathologie spéciale. C'est là une raison en faveur de l'intervention précoce que j'avais donnée dans une publication déjà ancienne et que je ne pouvais oublier ici.

Le ligament alvéolo-dentaire chez les enfants est plus élastique que chez l'adulte et les tractions qu'on lui fait subir risquent moins d'altérer sa constitution anatomique. De même que les luxations ou les fractures sont plus graves, plus difficiles à guérir chez l'adulte que chez l'enfant, de même le redressement d'une dent qui peut être comparé, comme le fait Martinier, au traitement d'une véritable luxation, sera d'autant plus facile, plus inoffensif et plus rapide que le ligament alvéolo-dentaire sera plus jeune et plus élastique.

Les avantages du côté des dents elles-mêmes sont très nombreux et mériteraient d'être examinés moins rapidement que je ne dois le faire. Lorsqu'une dent est en malocclusion, les forces qui ont amené son déplacement anormal, continuant leur action, ne peuvent qu'exagérer et augmenter la lésion. De plus, une position vicieuse entraîne l'ordre et une seule dent déplacée peut à la longue non seulement être la cause d'un déplacement des dents voisines, mais finalement de l'arcade tout entière.

J'ai vu des enfants dont la malocclusion au début appartenait à la première classe d'Angle et qui, revus quelques années plus tard, présentaient des rapports anormaux des molaires et des mâchoires et avaient par conséquent une

malocclusion de la deuxième ou de la troisième classe. Le traitement, qui aurait demandé quelques jours ou quelques semaines s'il avait été fait dès le début, demandait alors un an et même davantage si l'on tenait compte de la durée de la contention.

Les dents ne se dévient pas seulement dans le sens antéro-postérieur ou dans le sens transversal si les lésions sont abandonnées à elles-mêmes, elles se déplacent aussi dans le sens vertical et nous pouvons alors observer dans la suite l'allongement de certaines dents, les incisives en particulier, ou au contraire un arrêt dans leur éruption. Il est inutile, je pense, d'insister sur la difficulté qu'il y a de faire de l'enfoncement des dents ou de relever l'articulation basse lorsque le sujet est trop âgé. Si l'articulation est anormale au niveau des premières molaires et s'il faut, par conséquent, faire le saut de l'articulation, il y a un grand intérêt à ne pas attendre que la deuxième molaire ait fait son apparition. Nous reviendrons d'ailleurs plus loin sur ce point particulier.

Enfin, les dents en malposition ne sont pas simplement une cause d'aggravation de lésions, mais la carie, comme on le sait, les atteint plus facilement et d'autre part, les forces de la mastication venant agir sur elles d'une façon anormale, il se produit souvent à la longue de l'usure mécanique et une déformation de la couronne. Au niveau des incisives, par exemple, il peut se produire de l'effritement et quelquefois même de véritables fractures de leurs bords.

Du côté des procès alvéolaires les déformations sont encore de plus en plus graves et de plus en plus difficiles à soigner.

Les procès alvéolaires sont en quelque sorte fonction des racines et leurs lésions s'enchaînent. L'absence ou au contraire le développement exagéré du tissu osseux alvéolaire, en un mot toute altération de cette région anatomique augmente d'une façon considérable les troubles que la malocclusion occasionne du côté de l'esthétique. Les lésions osseuses s'aggraveront en même temps que les lésions

radiculaires et ici encore il y a tout intérêt à intervenir rapidement. Ajoutez à cela que, pendant le traitement, la résorption du tissu alvéolaire se fait de plus en plus lentement à mesure que le sujet avance en âge, de même que sa régénération, s'il y a atrophie, devient de plus en plus lente et laborieuse.

Les déplacements des dents et des procès alvéolaires amènent des altérations proportionnelles du côté du facies. Depuis les remarquables travaux de Case, ces faits sont bien connus et il est inutile d'y insister. Nous remarquerons simplement que chez l'enfant qui n'a que ses dents temporaires le facies est en général régulier et le profil presque toujours normal ; l'asymétrie du visage est rare, car les malpositions dentaires sont rares à cet âge. (Anéma.)

Lorsque l'esthétique du visage est altérée, que le profil est anormal, l'harmonie des traits est de plus en plus troublée et il devient de plus en plus difficile à l'orthodontiste de ramener le facies du patient à son type primitif et particulier.

Voici à ce sujet ce que dit Rogers (Boston) dans le *Dental Cosmos* d'il y a quelques années :

« Dans la poursuite de notre idéal, un des errements dont, » il faut bien l'espérer, on reviendra par une meilleure » éducation, est de remettre le traitement jusqu'au complet » ou presque complet développement des os. La croissance » artificielle qui survient après et pendant le traitement » dans ces cas n'est pas toujours suffisante pour regagner » sur les années perdues et le retour au type correct est » rendu impossible ; en effet, pour reproduire correctement » le type auquel un individu isolé peut appartenir, il est » nécessaire non seulement de placer les dents dans leurs » positions normales, mais encore d'arriver au degré spécial » de développement qui donnera un dessin de visage con- » venable. Ce seul fait concluant explique un certain nombre » de nos échecs au point de vue esthétique.

» Par conséquent, le seul remède consiste à reconnaître

» de bonne heure la malocclusion et à la traiter à temps et
» correctement. Il est inutile pour l'orthodontiste de pré-
» tendre à obtenir des traits réguliers chez tous les sujets.
» Il doit être satisfait s'il arrive à conserver les traits
» caractéristiques individuels qui, pour n'être parfois pas
» beaux, n'en sont pas moins nets et souhaitables. Nous
» ne devons pas rechercher autre chose que la correction
» de ce qui est anormal et la préservation du type. »

Les avantages du côté des os, indépendamment de ce que nous avons dit à propos des procès alvéolaires, sont également de la plus haute importance. Dans le prognathisme inférieur, par exemple, l'os prend des dimensions exagérées par rapport au volume du squelette facial. Très souvent cette hypertrophie n'est pas seulement apparente, mais elle est réelle et le traitement n'est plus alors du ressort de l'orthodontie. Vous connaissez tous les divers traitements chirurgicaux qu'on a proposés pour combattre cette déformation.

En d'autres cas plus nombreux les maxillaires se développent mal et restent atrésiés et atrophiés. L'atrésie du maxillaire supérieur entraîne comme conséquences un arrêt du développement des sinus et des fosses nasales et je n'insiste pas sur les altérations qui accompagnent les insuffisances de la respiration nasale du côté du développement du thorax, de la circulation, de la respiration, car tout cela a été très longuement et très minutieusement décrit par les rhinologistes à propos des végétations adénoïdes.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 3 octobre 1911.

La Société d'Odontologie s'est réunie en assemblée générale, le mardi 4 octobre 1911, à l'Ecole dentaire de Paris, sous la présidence de M. Godon.

La séance est ouverte à 9 heures.

M. le président. — Je vous donne connaissance d'une lettre que la préfecture de la Seine a adressée au Conseil d'administration de l'Ecole. Par cette lettre, le Préfet de la Seine nous informe qu'au nom du Président de la République a été promulgué le 21 juillet 1911 un décret modifiant l'article 2 des statuts de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris et décidant que les membres de province et des colonies seraient membres titulaires au même titre que les membres de Paris et du département de la Seine.

Comme vous avez pu le voir sur la carte de convocation, les membres de province et des colonies sont maintenant régulièrement invités comme membres titulaires, ils peuvent venir voter ici à nos assemblées de l'Ecole au même titre que les membres de Paris.

C'est une réforme qu'on avait demandée depuis plusieurs années et qui, comme toutes les réformes qui doivent passer par les formalités administratives a été assez longue à obtenir. Nous en sommes très heureux, parce que cela supprime les distinctions fâcheuses qui existaient entre nos membres de Paris et de province. Nous rentrons dans les traditions de la Société qui avaient existé depuis sa fondation jusqu'en 1893 et qui faisaient de notre Groupement une seule Société.

Cela ne nécessite pas de modifications au Règlement spécial de la Société d'Odontologie, parce que l'article 3 relatif aux membres titulaires dit : « La Société se compose de tous les membres de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris. ».

I. — Racines en porcelaine, par M. Hirschfeld.

M. Hirschfeld. — Avant de vous faire ma communication, voulez-vous me permettre de m'acquitter envers vous d'une mission.

Le Dr Jenkins, sachant que je parlerais ici ce soir, m'a prié de bien vouloir vous dire combien il sera par la pensée avec vous. Il espère que vous voudrez bien accepter ses salutations bien amicales, vous et votre président.

M. le président. — Vous voudrez bien transmettre tous les remerciements de la Société d'Odontologie et les miens à M. Jenkins.

Nous avons gardé le meilleur souvenir de la communication qu'il nous a faite et nous espérons le revoir parmi nous.

M. Hirschfeld. — Je vous remercie Messieurs pour votre aimable message que je ne manquerai pas de transmettre fidèlement au Dr Jenkins.

M. Hirschfeld donne ensuite lecture de sa communication.

(Celle-ci est illustrée par des dessins schématiques, pour la clarté de ses explications, l'auteur nous a fait voir chaque détail de la technique sur des modèles en plâtre agrandis dans de fortes proportions.)

Cette communication a été publiée dans *L'Odontologie* du 15 novembre 1911, p. 385.

Discussion.

M. Mendel-Joseph. — Je n'ai pas qualité pour juger le procédé dont vient de nous entretenir M. Hirschfeld étant donné que je n'en ai pas l'expérience, et dans ces sortes de choses l'expérience est la seule chose qui permette d'affirmer ou d'infirmer les résultats d'une telle opération. Mais *à priori*, je peux cependant envisager la question et, ce faisant, j'arrive à cette conclusion, c'est que cette opération n'est pas aussi simple qu'elle paraît et qu'elle comporte des difficultés considérables. Elle exige une destruction étendue des tissus, puisque on va jusqu'à faire disparaître complètement toute la cavité alvéolaire, car vous appuyez la racine non pas sur la paroi osseuse, mais contre le tissu gingival. Vous êtes, dans ces conditions, obligé de faire la destruction de tous les éléments osseux et cela n'est pas une opération de si peu d'importance.

La première objection que je ferai, c'est donc la complication de votre procédé qui comporte une intervention chirurgicale assez importante et ensuite une méthode opératoire qui exige à mon avis une expérience assez étendue.

Quant au résultat lui-même, je crois bien que nous nous exposons à avoir assez peu souvent des cas aussi favorables que ceux que vous citiez tout à l'heure.

Une seule expérience est absolument insuffisante pour servir de base à un procédé, si positive et encourageante qu'elle soit; il ne faut pas oublier que nous risquons cependant d'avoir des complications, de l'infection ultérieure, qui peut se produire entre la racine et la gencive. Il pourrait, au surplus, se produire d'autant plus d'infection, que vous dites que vous avez des racines qui ne sont pas parfaitement lisses, qu'elles possèdent des anfractuosités et pour ma part j'estime que ces anfractuosités sont des sources d'infection ultérieure.

Voilà, à mon avis, pourquoi cette opération n'est pas plus courante, pourquoi elle n'a pas pris une extension plus importante dans notre pratique.

De toutes façons je trouve ce cas très intéressant et je suis le premier à adresser mes remerciements à M. Hirschfeld pour être venu ici nous l'exposer.

M. Touvet-Fanton. — Je désire demander à M. Hirschfeld quelques détails au point de vue de la technique en ce qui concerne l'extraction de la racine. Il me paraît nécessaire d'enlever une portion de la couronne pour faire passer commodément la nouvelle racine de porcelaine à sa place, ou alors je n'ai pas bien saisi la technique que nous a décrite M. Hirschfeld et c'est sur ce point que je lui demanderai quelques renseignements.

M. Roussel. — La grande tolérance des tissus mous pour la porcelaine a amené M. Rhein à construire ces racines dont il vient de vous être parlé. Cette tolérance est plus complète que nous le supposons.

J'ai eu l'avantage de voir plusieurs racines faites par M. Rhein, lors du Congrès de Saint-Louis, en 1904, et en passant par New-York, j'ai eu l'avantage d'examiner plusieurs dents qui avaient été réparées de la sorte. Or j'ai pu constater qu'il n'y avait absolument aucune irritation des tissus mous.

Depuis lors, M. Hirschfeld a fait l'opération qu'il vous a décrite et a eu la délicate attention de m'inviter un jour à son cabinet pour voir les résultats de son opération. J'ai remarqué à cette occasion, comme je l'avais fait en 1904, que la racine n'avait amené aucun trouble dans la gencive et dans les bords alvéolaires, pas plus que dans les tissus environnants. Lorsque nous enfonçons un tenon en porcelaine dans une cavité du collet remontant assez haut sous la gencive, nous avons remarqué une grande tolérance des tissus mous au contact de la porcelaine, cette tolérance est beaucoup plus grande qu'avec l'or et la gutta-percha.

M. Georges Villain. — Je veux seulement dire quelques mots dans le même sens que notre confrère Roussel.

Je n'ai pas moi-même l'expérience de ces racines en porcelaine, mais j'ai eu l'occasion de voir celles de M. Rhein en 1906, à la « Pensylvania Dental Convention ». J'ai vu deux ou trois cas. Les résultats me semblaient bons. Ayant eu personnellement quelques cas analogues, je me suis contenté de faire tout simplement l'extraction des racines pathologiques, ce qui me donna un résultat très satisfaisant quant à la rétention de la dent amputée.

Si vous vous souvenez, d'ailleurs, un de nos confrères parlant des bridges de Good, disait que Good perforait le tissu osseux au niveau de la tubérosité du maxillaire supérieur, pour faire un point d'appui à ses bridges à extension à l'aide d'une racine de porcelaine. C'est à rappeler lorsque nous parlons des racines de porcelaine. Pour ma part je ne vois en ces racines de porcelaine qu'un travail intéressant ou plutôt curieux, mais peu utile.

Le président. — Je me souviens qu'il y a une vingtaine d'années j'avais fait un essai non pas de racines en porcelaine, mais de racines en platine. J'ai placé alors dans la bouche d'une patiente à laquelle j'avais enlevé une racine, j'ai, dis-je, placé une racine en platine à laquelle j'avais donné à peu près la forme d'une vis à bois, c'est-à-dire avec un gros pas de vis.

J'ai vissé la racine dans l'alvéole et sur cette racine dans laquelle j'avais réservé un canal, j'avais placé une dent à pivot. J'ai fait renouveler la même opération chez un patient de mes amis que j'ai pu suivre un peu plus attentivement, mais au bout d'un mois ou deux dans les deux cas la racine était tombée, elle avait été expulsée sans autre complication.

J'avais été incité à faire cet essai à la suite d'une communication d'un dentiste écossais, Dall, de Glascow, bien connu pour son procédé d'émaux de porcelaine cylindrique, il avait placé des pivots directement dans les maxillaires.

A la même époque également, un dentiste de Saint-Pétersbourg implantait des dents de porcelaine. D'une part l'insuccès que j'ai eu, d'autre part la crainte que ces racines ne provoquent des complications au point de vue septique m'ont empêché de renouveler les expériences en question. En tous les cas, je les signale pour rappeler ces faits puisque nous parlons de cette question. Maintenant j'appelle votre attention sur l'intérêt qu'il y a pour nous dans la communication de M. Hirschfeld. Nous avons ce premier procédé qui consiste à réséquer la racine déchaussée ou nécrosée d'une grosse molaire, nous avons la possibilité de la réséquer et de conserver la dent. Comme vient de le dire M. Villain, l'opération dont on vient de nous parler aujourd'hui consiste non seulement à réséquer la racine, mais à la remplacer, ce qui est mieux.

M. Roy. — Je ne sais pas si cette opération très élégante et très intéressante apporte réellement un élément de force à la dent. C'est peut-être un peu discutable, et je me demande si la simple résection ne suffirait pas et ne nous donnerait pas au point de vue mécanique des résultats à peu près analogues attendu que si cette racine artificielle devait exercer un effort réel sur les parties molles, je crois que la pression exercée ne serait pas tout à fait indolore. Si cette racine est si bien tolérée c'est parce qu'elle ne sert à rien au point de vue mécanique.

La résection simple de la racine laisse une cavité large d'un nettoyage et d'une surveillance plus faciles que la racine en porcelaine. Je suis cependant frappé par les observations de Roussel et de Villain à propos des cas de Rhein qu'ils ont observés sur place et par le cas que vient de nous citer M. Hirschfeld. Il y a là évidemment des faits intéressants, si bien que je réserve un peu mon opinion.

Je dirai un mot encore à propos des expériences dont a parlé M. Godon tout à l'heure. Il nous a parlé de racines implantées. Or il y avait notamment notre confrère Gillard qui avait fait des expériences sur des racines en forme de vis. Ces expériences avaient été poursuivies à l'occasion des recherches de M. Younger que nous avons le plaisir de voir ce soir. C'était à la suite de ses travaux sur les implantations qu'on avait fait ces essais de racines métalliques. Dans ces cas-là, il s'agissait de faire tenir les racines et non pas de les faire tolérer par les parties molles, ce qui, je crois, est assez facile. La tolérance des parties molles est beaucoup plus grande que celle des tissus osseux.

M. Blatter. — Au point de vue historique il y a un fait assez intéressant à signaler, c'est que le souci de remplacer ainsi les dents disparues remonte déjà à des siècles en arrière.

Si je me souviens bien, c'est Bourdet qui a eu l'idée de remplacer les racines naturelles par des racines en or.

M. Touvet-Fanton. — Je désire demander une explication au point de vue technique, pour l'opération que nous signale notre distingué confrère. Cette opération est extrêmement intéressante par elle-même, mais la question qui prime toutes les autres est la question de tolérance à laquelle on a fait allusion. Or au sujet de cette tolérance, je voudrais vous signaler un cas qui n'est pas tout à fait dans la question, mais qui nous permet d'avoir une opinion sur la tolérance en général des racines naturelles et artificielles.

Dans un des appareils que j'ai montrés ici en 1900, j'ai eu un cas où il y avait trois pivots placés dans des racines parfaitement stérilisées. Je n'ai plus revu mon patient pendant des années. Il est revenu il y a 2 ans. Ses racines se sont déchaussées peu à peu et elles viennent avec l'appareil lorsqu'on le retire, elles lui servent de points de rétention.

Les racines étaient restées saines, tout en restant fixées à l'appareil.

Le patient avait pris l'habitude de mettre son appareil avec les racines dans leurs alvéoles, il est resté 2 ans ainsi.

Je signale ce fait au point de vue de la tolérance des tissus pour des organes qui sont mobiles ; il aurait pu y avoir infection cent fois plutôt qu'une, cependant tout s'est bien passé.

M. Hirschfeld. — M. Mendel-Joseph me dit que la résection de l'alvéole est une opération qui ne lui paraît pas tout à fait simple. Tout timidement je suis un peu de l'avis de M. Mendel et tout timidement aussi je lui donne un peu raison. Je vous ai dit franchement dans mon travail quel était le cas de ma parente : J'ai eu peur de retirer ce qui restait encore dans l'alvéole, la conséquence a été qu'une ou deux petites esquilles sont parties. A l'avenir, je crois que je n'au-

rai pas cette crainte et que je retirerai autant que possible les morceaux restants de l'alvéole.

La caractéristique de ces racines malades est d'être plus ou moins dénudées d'alvéole. S'il en reste des fragments, ces parties, — d'après l'idée de Rhein que j'accepte formellement — doivent devenir des foyers d'irritation qu'il faut éviter pour ne pas courir à l'insuccès et là je vous déclare, messieurs, ceci : Je ne vois dans toute cette opération de Rhein qu'une *possibilité de rétablir le manque d'équilibre* qui résulterait de la même façon que pour une chaise à la suite de la disparition d'un pied.

M. Touvet-Fanton a donc parfaitement raison de ne voir dans cette opération qu'un rétablissement de l'équilibre.

Les tissus se prêtent merveilleusement à maintenir dans un état aseptique une porcelaine. Mon expérience ne s'étend que jusqu'à ce cas, qui n'a que six mois d'existence : je ne vois aucune espèce de suppuration : ma parente peut se servir de sa dent comme si rien n'était fait. D'ailleurs si quelqu'un voulait me donner rendez-vous, je serais enchanté de lui présenter la cliente dans mon cabinet lorsqu'il viendra m'y voir. Vous aurez ainsi l'occasion de pouvoir examiner ce cas à votre aise.

A M. Mendel-Joseph je répondrai que je ne crois pas que nous ayions à craindre des infiltrations qui pourraient amener un foyer de suppuration. Je n'en vois pas la possibilité. Vous avez peut-être manifesté cela par rapport à l'état rugueux ou inégal de la porcelaine. Pour moi les tissus doivent se contracter plus facilement autour d'une surface rugueuse.

M. Touvet-Fanton m'a demandé s'il faut sacrifier beaucoup de ma dent pour faire entrer le pivot en dessous. La première condition de Rhein est de nous bien assurer du bon état des autres racines. Eh bien, nous ne pouvons faire cela qu'en ouvrant largement la couronne sur le haut. Cette ouverture une fois faite, nous avons là l'entrée toute trouvée pour enfiler notre pivot en dedans.

J'ai oublié de vous dire que pour des racines mésiales en bas il est nécessaire d'établir deux pivots. Mon illustration vous rappelle d'ailleurs cet important détail.

M. Roussel a été assez aimable pour vous dire que le cas qu'il a vu était parfait, je le remercie de son appréciation flatteuse.

Je dirai cependant que la discussion a dévié sur un point : il ne faut pas confondre la mise en place de cette racine en porcelaine avec une implantation. Il ne s'agit uniquement ici que de laisser en place une racine qui ne peut pas donner lieu à des irritations : il n'est pas question d'implantations quelconques ; c'est de la prothèse qui n'a absolument rien à voir avec les implantations.

M. Blatter a parlé de racines en or. M. le président a parlé de ra-

cines en platine. Or la porcelaine est tolérée par les tissus tandis que les métaux de la plus haute noblesse comme le platine et l'or irriteront toujours les tissus mous.

Il me semble que c'est tout ce que vous avez trouvé à discuter. Je vous remercie tous de l'attention que vous avez prêtée à ma communication et je ne manquerai pas de faire part de votre intérêt à l'inventeur le Dr Rhein.

M. le président. — La salve d'applaudissements qui vient d'accueillir les dernières paroles de l'orateur pourrait me dispenser d'ajouter un mot pour le remercier et le féliciter. M. Hirschfeld nous apporte là un procédé intéressant, qui étend notre domaine, le domaine de notre prothèse restauratrice. Non seulement à notre époque on n'arrache plus les racines, mais on les soigne, on s'en sert, on en tire parti pour restaurer l'équilibre articulaire, on les conserve pour entretenir l'appareil dentaire en bon état de fonctionnement. Nous avons une thérapeutique qui a fait assez de progrès pour cela et si on voit des mâchoires d'hommes de 50 ans manquant de dents et de racines, si on est obligé de poser des appareils prothétiques étendus, et bien on s'aperçoit combien notre thérapeutique a fait de progrès dans cet ordre d'idées. Vos patients plus jeunes, les patients de 20 ans, par exemple, conservent leurs racines et sur ces racines vous placez des appareils ingénieux depuis la simple dent de Richmond, la couronne Logan jusqu'aux couronnes, jusqu'aux bridges.

Il est intéressant de voir que non seulement on conserve les racines, qu'on peut conserver les racines partiellement détruites par la carie, au lieu de les extraire, mais encore que lorsqu'une racine de grosse molaire était entièrement perdue et devait être extraite on pouvait encore conserver la dent en remplaçant la racine par le procédé que vient de nous indiquer M. Hirschfeld.

MM. Rhein, de New-York et Hirschfeld montrent qu'on peut remplacer ce petit organe qui est absent, qu'on est obligé d'enlever. Cela sera-t-il toléré ? MM. Roussel et G. Villain ont vu des patients qui portaient cela depuis quelque temps. M. Hirschfeld vous dit que c'est toléré depuis cinq mois, cela commence à être quelque chose. L'intéressante observation de M. Touvet-Fanton vous donne une explication, vous montre combien les tissus de la bouche peuvent tolérer ce qui *à priori,* au point de vue théorique, semblerait ne pas devoir être toléré.

Est-ce bien utile ? Eh bien oui ! A cette dent qui n'avait que deux racines, il faut en ajouter une troisième, celle qu'elle a perdue. Ce support ressemble peut-être à la jambe de bois de l'amputé, mais cela soutient cependant, c'est donc utile.

Cet essai qui est vraiment curieux et a pour but d'étendre le domaine du chirurgien-dentiste doit être accueilli avec intérêt d'une

part et avec reconnaissance d'autre part. Ceux qui veulent bien nous apporter ici leurs procédés ont droit à toute notre gratitude. Je remercie donc en votre nom M. Hirschfeld de son excellente communication.

Je veux remercier notre excellent confrère et doyen Younger d'avoir bien voulu nous faire le plaisir et l'honneur d'assister à notre séance d'aujourd'hui. Je veux l'assurer qu'il trouvera toujours ici l'accueil le plus sympathique.

M. Dreyfus me prie de mettre aux voix l'adoption des différents procès-verbaux qui ont été publiés dans *L'Odontologie*. Quelqu'un a-t-il des observations à présenter au sujet de ces procès-verbaux. Puisque personne ne demande la parole je mets aux voix leur adoption.

Les procès-verbaux sont adoptés.

II. — Rapport du secrétaire général.

Le secrétaire général donne lecture de son rapport (publié dans le nº du 15 novembre 1911).

Le président. — Je remercie en votre nom et en mon nom personnel notre secrétaire général de son excellent rapport.

C'est avec plaisir que nous avons entendu le récit qu'il nous a fait de nos travaux de l'année dernière. Je ne me plaindrai que des fleurs qu'il a pu ajouter à mon adresse mais dont je lui suis tout de même reconnaissant. C'est cependant avec un peu de tristesse que j'ai écouté son rapport parce qu'il a oublié de vous lire la fin, soit une lettre par laquelle il nous informe qu'il donne sa démission de secrétaire général, parce qu'il occupe ce poste depuis 4 ans.

Je remercie en votre nom M. Dreyfus du rapport qu'il vient de vous lire. Je lui en exprime en votre nom tous nos regrets de sa décision et toute notre reconnaissance pour les services qu'il a rendus à la Société comme secrétaire général pendant les 4 années qu'a duré sa fonction.

D'après l'article 13 de nos statuts nous devons à la séance de juillet entendre le rapport du secrétaire général et procéder aux élections.

Depuis je ne sais combien d'années, cette séance de juillet n'a lieu en réalité qu'en octobre. Il faudra modifier le règlement à ce sujet.

Vous avez à nommer un président, deux vice-présidents, un secrétaire général, un secrétaire des séances.

III. — Election du bureau pour la session 1911-1912.

Il est procédé à l'élection du nouveau bureau. Le dépouillement des bulletins donne les résultats suivants :

Président: M. Heïdé........................... 42 voix.
Vice-présidents: M. Georges Robin............. 43 —
M. Jeay...................... 39 —
Secrétaire général (pour trois ans): M. Lemière... 43 —
Secrétaire adjoint: M. André.................. 44 —

IV. — Etude mécanique des bridges, par MM. Lemière et Masson.

M. Lemière au nom de *M. Masson* et au sien donne lecture de cette communication, qui a été publiée dans *L'Odontologie* du 30 octobre 1911, p. 337.

Discussion.

M. Masson. — La force P que nous avons évaluée, est évidemment une force tout à fait moyenne qui résulte des quelques expériences que nous avons faites. Mais elle n'est qu'un chiffre tout à fait approché et précisément au Congrès de Dijon un de mes confrères me faisait cette observation que ce chiffre de 80 kilogs que j'avais donné au coefficient P était tout à fait exagéré. Il est évident que ce chiffre est pris comme moyenne générale et que la valeur 40 kilogs représente à peu près la valeur moyenne de cette force P. Pour avoir des chiffres exacts, il nous eût fallu opérer sur de nombreux patients.

D'autre part, cette force varie suivant les individus, ensuite elle varie suivant les différents points de la bouche où est faite l'application du dynamomètre.

Il est évident que tel individu qui dans la région incisive développera une force de 15 kilogs en développera une de 50 kilogs par exemple dans la région des grosses molaires.

Les chiffres que nous avons donnés nous semblent représenter, je le répète, une moyenne générale. Dans les expériences qui avaient été faites par Black,il y a de nombreuses années, Black avait indiqué comme force moyenne le chiffre de 90 kilogs, je crois. A mon avis, ce chiffre ne doit pas être atteint souvent.

Il entre un coefficient d'erreur qui est dû à l'état rudimentaire de l'appareil qui nous a servi à expérimenter et dans lequel les transmissions se font par un système des poulies, toutes choses qui constituent autant de sources d'erreurs.

Cette étude de la répartition des forces dans le cas des bridges devient particulièrement intéressante par ce fait même que les bridges à extension, c'est-à-dire ceux qui se rapprochent le plus des bridges complets, ont été souvent condamnés pour des raisons d'ordre mécanique.

Or si on veut se donner la peine d'étudier la chose plus à fond, de pousser plus à fond l'étude de ces données mécaniques, on arrive à en

conclure que ce sont ces bridges qui semblent devoir donner des résultats à brève échéance, qui sont le mieux adaptés à ces fonctions mécaniques.

Plus un bridge a de points d'appui, plus ces points d'appuis sont répartis sur l'arcade, mieux cette force sera répartie et mieux le bridge sera toléré dans la bouche.

Cette étude demanderait évidemment à être poussée plus avant, c'est ce que nous espérons faire ultérieurement.

M. Touvet-Fanton. — Je voudrais répondre un mot à M. Masson sur l'observation qu'il faisait. Théoriquement cela paraît très exact, j'ai fait moi-même une étude de cette question jadis et cela me permet de pouvoir lui faire une remarque à ce sujet.

Vous dites qu'un bridge à extension, par exemple, ou un bridge qui aurait quatre points d'appuis, comme celui dont vous parliez, supportera quatre fois moins la force P, c'est-à-dire la force totale de la pression masticatrice.

M. Masson. — J'ai dit que chaque dent supporterait moins de pression que si elle était isolée.

M. Touvet-Fanton. — En réalité, elle n'en recevra pas exactement quatre fois moins. C'est pourquoi d'ailleurs j'avais essayé d'utiliser le pivot à rotule, pour permettre aux forces, par une certaine souplesse, de se répartir d'une façon assez égale sur chacun des points d'appui. C'est justement là, d'ailleurs, que je vous arrête, avec le bridge vous n'avez plus cette répartition égale sur chaque point d'appui. Il y a une dent qui recevra une pression de 30 kilogs, le reste recevra une pression disséminée. Il y a un effort qui se produit sur l'arcade qui relie les points d'appui et il en résulte parfois des brisures, des fractures.

M. Masson. — Cette question devrait être examinée dans ses rapports avec l'articulation. On devrait voir comment un bridge doit être équilibré. La question de l'articulation devient un facteur important de la rétention des bridges et de la répartition de cette force P.

M. Touvet-Fanton. — Théoriquement un bridge recevra des forces plus considérables qu'un appareil à plaque. Il les reçoit d'une façon normale.

M. Masson. — Quand les dents sont parfaitement maintenues par les leviers, par les branches du bridge, il est évident que ces dents subissent leur pression normale. Je l'admets parfaitement.

M. Roy. — On fait dire aux statistiques et aux calculs ce que l'on veut. Celui qui voudrait se faire l'apologiste des appareils à plaques pourrait s'emparer des chiffres de MM. Lemière et Masson et dans de telles conditions il triompherait aisément, parce qu'à prendre les chiffres en eux-mêmes, d'une façon intrinsèque il semblerait que

l'appareil le plus rationnel est celui où la force est le plus divisée. L'exemple pris par MM. Masson et Lemière pêche un peu à un point de vue, c'est qu'il ont envisagé deux termes qui sont difficilement comparables : c'est un bridge et un appareil total à plaque. Un appareil total à plaque, où il n'y a pas de racines, plus de dents comme points d'appuis. Or dans ces cas-là l'exemple n'est pas comparable, parce que le bridge n'est pas applicable.

Quoi qu'il en soit, s'il existe des dents, alors je conviens que la répartition des forces devient beaucoup plus difficile à calculer. Je ne veux pas me faire l'apologiste des appareils à plaques, bien au contraire, je me ferais plus volontiers l'apologiste des bridges.

Le bridge est un appareil qui se généralisera de plus en plus.

Ce qui fait que les calculs du genre de ceux de MM. Masson et Lemière n'ont pas leur valeur intégrale, c'est que les forces ne s'exercent pas du tout dans le même sens. Il ne faut pas considérer seulement la quantité de force, mais aussi la qualité des forces. Or ce qui fait la supériorité du bridge, ce n'est pas la quantité des forces qu'il supporte, car si on ne devait apprécier que la quantité des forces il est bien certain que c'est l'appareil à plaque qui devrait avoir la prédominance sur le bridge puisque cette force s'y trouve considérablement divisée, mais si on examine au contraire la question de la qualité des forces, il est alors incontestable qu'au point de vue qualité, la force qui s'exerce sur le bridge est infiniment supérieure comme qualité à celle qui s'exerce sur l'appareil à plaque. La force qui s'exerce sur l'appareil est une force anormale, qui nécessite pour être supportée des règles un peu particulières, tandis qu'au contraire le bridge se rapproche de la nature, il immobilise en même temps les dents qui servent de soutien à l'appareil et les forces qui s'exercent sur celles-ci s'exercent dans un sens qui se rapproche de la physiologie tandis que, dans les appareils à plaque, elles sont ébranlées dans un sens transversal qui est tout à fait défavorable à leur stabilité.

Les figures présentées par nos confrères sont intéressantes : elles montrent qu'un appareil doit être conçu d'une façon rationnelle afin de ne pas faire supporter une quantité de force trop considérable à un point d'appui déterminé ; que, s'il s'agit d'un bridge, les points d'appuis doivent être répartis de telle façon qu'ils n'aient pas à supporter une force hors de proportion avec leurs moyens et qu'il faut par conséquent multiplier les points de soutien. Si par exemple les dents de soutien sont trop éloignées, on doit recourir à des points de soutien intermédiaires qu'on réalise à l'aide de la selle. J'ai eu l'occasion d'utiliser ce procédé dans un bridge assez étendu, cas dans lequel un confrère avait éprouvé un échec parce qu'il n'avait pris comme points d'appuis que des points extrêmement éloignés : une première grosse molaire et une incisive centrale. Son bridge n'a pas

pu résister. J'ai modifié les points d'appui, j'ai d'abord pris une dent de plus comme point d'appui en allant chercher une dent plus éloignée, puis, comme il y avait un vaste espace d'intervalle, j'ai placé une selle intermédiaire de façon à équilibrer les forces afin d'arriver à éviter l'accident qui s'était produit pour le premier bridge. Le résultat a été parfait.

Les chiffres que nous présentent MM. Lemière et Masson sont une justification de ceux qui disent qu'il ne faut pas d'appareils trop petits. Si on fait un appareil, il faut faire un appareil relativement étendu, parce que, plus un appareil est petit, plus la force supportée par chaque point d'appui est considérable. Or, comme la force que supporte les points d'appui d'un appareil à plaque est anti-physiologique, plus un appareil est petit, plus cette force est considérable pour chaque unité de surface et, par conséquent, plus elle est anti-physiologique.

M. Georges Villain. — Il y a quelques années, dans une communication, je disais que nous étions redevables à nos ancêtres de bien des formes d'appareils, de bien des idées mais que nous devions quitter la voie de l'empirisme pour travailler sur des bases plus scientifiques.

J'ai fait sur les dents à pivots une communication vous démontrant quelle était la dent à pivot rationnelle au point de vue stastique et dynamique.

Je suis heureux aujourd'hui d'entendre la communication de nos amis Masson et Lemière. Ce que vient de dire M. Roy est tout à fait exact. Les calculs qui ont été faits par nos confrères sont peut-être très approximatifs, mais c'est une base que nous prenons et nous disons 40 kilogs comme on pourrait dire 10 ou 100 kilogs. Peu importe le chiffre, la proportion serait la même pour le bridge ou l'appareil à plaque. Dans ce tableau, l'appareil à plaque nous donnerait des forces disséminées sur plus de surface. Il n'en est pas cependant tout à fait de même en pratique, car d'après ce tableau nous supposons la force P avoir une direction verticale. Eh bien dans un bridge, si la direction était verticale nous n'aurions pas de déplacements latéraux du bridge, or lorsque par exemple vous faites deux bridges pour remplacer toutes les dents du maxillaire supérieur, vous verrez toujours au bout d'un certain temps ces deux bridges se séparer et l'écart s'agrandir toujours. Le bridge est déplacé et rejeté latéralement (vestibulairement) et non si nous trouvons dans l'obligation de souder ces deux bridges ensemble.

Ceci nous indique que les forces ne sont pas verticales, mais au contraire obliques, les forces s'exercent suivant la direction de l'axe des dents. Si nous plaçons un bridge à un maxillaire, il existe des dents naturelles au maxillaire opposé et la force va s'exercer suivant la direction des dents antagonistes.

Si nous construisons notre appareil de prothèse sur des dents, sur des racines qui sont placées dans les tissus osseux, leur direction étant parallèle à celle des dents antagonistes, nous obtenons le maximum d'efforts sur ces dents. Pour les appareils à plaque avec point d'appui sur la muqueuse il n'en sera pas de même, l'effort ne sera pas transmis sur toute la surface de la voûte palatine, elle sera transmise sur certains points de la voûte palatine et lorsque MM. Lemière et Masson obtiennent comme surface 30 centimètres carrés, ils calculent la surface totale de la plaque, or l'effort n'est supporté que par une surface sensiblement égale à celle sur laquelle il se produit, c'est-à-dire la surface des faces triturantes ; si vous faisiez des calculs pour commenter exactement cette surface de résistance à l'effort, je suis certain qu'on arriverait à une surface beaucoup plus petite que celle qui nous est présentée et le poids de 1 kilog 33 représentant la pression exercée serait peut-être élevé à 5 ou 6 kilogs.

D'autre part lorsque le sujet mastique, il ne broie pas sur toute la surface de sa mâchoire et la partie correspondant aux dents sur lesquelles s'exerce la mastication subit aussi un effort plus grand. Certainement notre appareil subit pendant la mastication un déplacement que nous devons éviter et le seul moyen c'est de monter l'appareil physiologiquement sur un articulateur nous permettant de reproduire les mouvements du maxillaire inférieur. Lorsque nous montons nos appareils sur ces articulateurs, nous augmentons la puissance de mastication des malades. Un appareil monté sur un articulateur nous donne 8 kilogs de pression maxima, j'entends monté sur un articulateur ordinaire, tandis qu'un appareil monté sur un articulateur physiologique vous donnera 15 kilogs de pression maxima : Vous voyez qu'il y a presque le double de pression lorsque l'appareil est monté sur articulateur physiologique, la puissance de mastication est double de celle d'un appareil monté ordinairement. Cela tient au fait que lorsque nous montons un appareil sur un articulateur physiologique, nous respectons la direction des forces exercées sur les dents et nous sommes obligés de respecter les directions des axes des dents, elles ne sont pas les mêmes, elles varient suivant les dents : incisives, prémolaires et molaires. Cet axe varie aussi suivant les dents antéro-postérieurement ou transversalement.

Je crois que la direction de la racine est un gros facteur dans la résistance offerte par un bridge à l'effort durant la mastication. Après avoir remplacé un appareil à plaque (surface de pression sur la muqueuse) par un bridge nous entendons dire à nos malades : maintenant je peux mastiquer, je mastique aussi bien sur le côté droit où j'ai mon bridge que sur l'autre côté ; cela se rapproche sensiblement des conditions normales.

Cela est intéressant parce que si le chiffre de 40 kilogs est un

chiffre quelconque, ce qui importe peu, et en supposant qu'il représente la force moyenne exercée pendant la mastication, nous constatons qu'un bridge résiste parfaitement à cet effort, mais aussi qu'il est capable de permettre le développement de cette force sur un objet à broyer. Les calculs des forces n'ont pas été faits seulement sur la puissance musculaire d'un individu ou d'un certain nombre d'individus, Black a fait aussi des calculs sur la pression nécessaire au broiement des aliments que nous plaçons sous nos dents. Nos dents travaillent en quelque sorte comme les meules d'un moulin. C'est ce qui rend indispensable le montage physiologique des appareils à plaque, mais c'est aussi ce qui nous oblige à rechercher la fixité des appareils et par conséquent nous fait conclure à la supériorité des bridges. Black a essayé de reproduire par ses appareils les mouvements que nous faisons ainsi, il n'est peut-être pas arrivé d'une façon très exacte à ses fins, mais il a trouvé que pour les différents aliments les forces nécessitées variaient et que certaines pressions qu'il a indiquées sont très élevées, jusqu'à 80 kilogs.

J'estime que le bridge pas une fois, mais cent fois, mais un nombre incalculable de fois, est supérieur aux appareils à plaque.

M. le président. — MM. Roy et Villain ont véritablement bien signalé le point intéressant de cette étude. J'appellerai cela même la seconde partie de l'étude. MM. Lemière et Masson ont fait une étude partielle, une analyse des forces de la mastication et de la façon dont elles se comportaient sur les appareils à plaques et sur les bridges.

Voyons d'abord le premier point. Ils ont pris un terme moyen, 40 kilogs, mais il est évident que nous savons tous que la force est variable suivant son point d'application, suivant que ce point se trouve sur les grosses molaires ou sur les canines, comme ils l'ont dit du reste dans leur rapport. Ils signalent l'intérêt qu'il y a à répartir les forces de mastication, ils nous montrent à en faire une répartition judicieuse sur les points d'appuis d'une part étant donnée l'importance de la résistance que doivent offrir nos appareils. Voilà peut-être une considération à noter. Il est évident qu'en se rendant compte des pressions exercées sur les appareils, on se rend compte des conditions de résistance que doivent offrir ces appareils, et, à ce propos, il y a de nombreux facteurs intéressants à examiner : voir comment se comportent ces forces qui expliquent les fractures qu'on voit se produire sur les appareils à plaque et dans les bridges lorsque les proportions n'ont pas été bien observées et lorsque les résistances ne sont pas suffisantes. Ce qui me paraît intéressant, c'est le point qu'a soulevé M. Roy sur lequel nous pourrions appeler l'attention de MM. Masson et Lemière, c'est quelle est la quantité de force que restitue l'appareil.

Si nous prenons l'opération au début, ce sont les muscles masticateurs qui exercent une pression et produisent cette force de x kilogs que supportent les deux appareils en question. Ces deux appareils transmettent une force qu'ils ont évaluée comme moyenne à 40 kilogs et que supportent les dents naturelles.

Eh bien, à la place de dents naturelles nous avons mis deux appareils de prothèse. Nos deux appareils, bridges ou appareils à plaque, vont subir cette pression de 40 kilogs. Cette force sera répartie différemment suivant que ce sera un appareil à plaque ou un bridge. Les forces se trouveront réparties, différemment, sur l'appareil, sur la muqueuse et les points de support, mais ce n'est pas là la seule question qui nous intéresse. Il y a celle qu'indique Roy. Combien garderont-ils de cette force, combien en restitueront-ils ? Cela serait je crois la seconde partie du travail. Nous savons tous que si nous avons placé dans la bouche du patient un appareil à plaque ou un bridge, la pression exercée par l'appareil sur les corps étrangers pendant la mastication ne sera pas la même. Si ce sont des dents naturelles, la pression sera de 40 kilogs, si c'est un bridge, nous savons par des études différentes que ce sera une pression de 38 kilogs environ et si c'est l'appareil à plaque, justement parce qu'il est très étendu sur toute la muqueuse, il ne transmettra plus qu'une force de 25 ou de 20 kilogs.

Je ne fais qu'indiquer cette seconde partie de l'étude, mais qui me paraît, comme à Roy et à Villain, la conclusion même de cette étude, si on en fait des applications. MM. Lemière et Masson ont fait une expérience scientifique sur l'étude des forces, c'est à nous à l'interpréter. Ils nous ont donné une première interprétation mais il ne faut pas en déduire d'après cette première interprétation que le bridge est inférieur à l'appareil à plaque. Ils se sont simplement bornés à dire : l'appareil à plaque transmet une pression sur la muqueuse proportionnelle à son étendue de tant de kilogs, tandis que le bridge transmet cette force sur les points d'appuis. Mais cela ne veut pas dire qu'au point de vue mastication le bridge sera inférieur à l'appareil à plaque, bien au contraire. C'est là une autre chose à déduire, à étudier. C'est une seconde partie du travail en question, à mon avis.

M. Roy. — J'ai insisté tout à l'heure sur ces deux facteurs qu'il y avait lieu d'envisager : d'une part la quantité de force, d'autre part la qualité de la force. J'ai un argument assez intéressant à vous signaler, à l'appui de ce que je vous disais tout à l'heure.

D'abord un premier point : Ce qui permet de donner le maximum de force masticatrice, c'est l'articulation normale, la bouche normale. Ce qui vient en second lieu comme degré de force, c'est le bridge.

Au point de vue des forces de la mastication nous avons donc :

1° La bouche normale;
2° La bouche pourvue d'un bridge;
3° La bouche munie d'un appareil à plaque.

Je diffère d'avis avec M. Godon en ce qui concerne les causes de cette diminution de force dynanométrique.

Dans une bouche munie d'un appareil à plaque, ce n'est pas parce que la force est répartie sur une plus grande étendue qu'elle est plus faible. Même avec un appareil à bandeau, dans lequel la force serait répartie sur une très petite surface vous auriez aussi la même diminution de résistance dynamométrique, peut-être même davantage, à l'effort masticatoire.

Si la force masticatoire diminue dans l'appareil à plaque, cela provient de la diminution de résistance des points d'appuis. En effet, la muqueuse est sensible et elle n'a qu'une résistance déterminée; dans ces conditions il y a une diminution instinctive de l'effort masticatoire parce que le sens musculaire dira à cette mâchoire que, si elle donne une force plus considérable, elle brisera le corps qui est interposé entre les mâchoires ou bien la sensibilité des organes sur lesquels cette force s'exerce ne permettra pas à l'individu de porter au maximum la force qu'il pourrait donner s'il avait des organes normaux.

Ce qui fait qu'avec un bridge la force est plus considérable, c'est que les points d'appuis étant bien plus résistants et les forces s'exerçant dans un sens plus physiologique l'effort masticatoire pourra être beaucoup plus grand sans que la sensibilité des points d'appui y fasse obstacle.

Ces points établis, je reprends mon argumentation et ferai remarquer à MM. Masson et Lemière que, dans le tableau qu'ils nous donnent ils raisonnent comme si la bouche supportait toujours la même force quelles que soient ses conditions; c'est une erreur.

Si la bouche normale supporte une force de 40 kilogs, pour prendre le chiffre des auteurs, cette bouche ayant perdu des dents et pourvue d'un bridge ne pourra plus donner qu'une force de 30 ou 35 kilogs se suppose et, si elle est munie d'un appareil à plaque, elle ne pourra plus en donner que 20.

Et cependant, comme nous le constatons journellement, cette force de 20 kilogs supportée par la bouche avec l'appareil à plaque est beaucoup plus nocive pour la muqueuse et les dents points d'appui que les 35 kilogs supportés par la bouche avec un bridge, ce qui montre donc bien clairement que la quantité de force est un facteur relativement minime, ce qui importe le plus c'est la qualité de la force.

Ce n'est pas parce qu'une dent ne travaille pas qu'elle se conservera mieux, bien au contraire, c'est parce qu'une dent travaille qu'elle

se conserve ; aussi, pour conserver sa santé, faut-il qu'elle travaille, d'une façon logique, physiologique. Par conséquent plus la force s'exercera dans un sens physiologique, plus le rendement sera meilleur et moins la force sera nocive pour les organes sur lesquels s'exercera la pression.

M. Georges Villain. — Les auteurs ont pris pour base la force P 40 kilogs. Lorsqu'il y a un appareil, ils sont arrivés à ceci, que ces 40 kilogs sont répartis de telle façon que sur la surface d'une dent elle arrive à donner, sur un appareil à plaque 1 kilog 333 et sur un bridge 6 kilogs ; or la pression, comme je le disais tout à l'heure, n'est pas répartie sur toute la plaque de l'appareil. Ce qui peut se dégager de leur communication c'est que l'appareil à plaque permet sur la surface mastiquante un effort représenté par le coefficient 1,333, tandis que le bridge grâce à sa fixité et ses points d'appuis sur des tissus durs, permet par sa surface mastiquante un effort représenté par le coefficient 6. Ce rapport $\frac{1333}{6}$ représente bien la différence pratique que nos malades savent apprécier par la mastication entre l'appareil à plaque et le bridge.

L'appareil à plaque ne permet pas une pression supérieure au 2/9 de celle qu'un bridge permet d'exercer sur les aliments à broyer.

M. Masson. — Je veux simplement dire que ceux qui ont fait des études de physiologie expérimentale savent combien il est difficile de traduire par des chiffres précis les données qu'on peut expérimenter au laboratoire.

Au laboratoire du professeur Dastre, je sais pour ma propre part à quelles différences nous arrivions dans les mensurations que nous faisions. Ce ne sont que des données moyennes que nous avons voulu signaler ici. Nous avons voulu orienter la question d'une façon un peu plus scientifique et suivre le travail intéressant qui a été fait par Villain et que j'ai fort goûté, pour arriver à des conclusions pratiques grâce à ces données mathématiques et marquer comment nous devrions chercher à combiner nos bridges d'une façon plus mathématique.

Ce n'est qu'une première pierre que nous avons posée à un édifice, à une question qu'on n'avait pas encore approfondie. J'espère qu'on voudra bien nous suivre dans cette nouvelle voie.

M. le président. — Cette étude a comme point de départ le Congrès de Lille de l'A. F. A. S. C'est au Congrès de Lille, en 1909, où M. Masson était venu faire une communication sur les bridges que sa communication a rencontré de la part de quelques membres du Congrès des objections telles qu'on s'est crû obligé de mettre cette question à l'ordre du jour des Congrès suivants de l'A. F. A. S. et que MM. Lemière et Masson ont repris ce travail de la justification des bridges, non pas au point de vue pratique qu'on connaît bien,

mais au point de vue scientifique qui seul peut apporter une justification sérieuse de ce procédé de restauration employé par les dentistes.

Nous nous félicitons beaucoup qu'ils se soient livrés à cette étude qui a suscité une discussion fort intéressante de la Société d'Odontologie et nous leur demandons de tenir compte des observations qui ont été faites, que je puis traduire par ces mots : continuer leur étude et nous apporter prochainement tous les compléments dont la discussion a montré la nécessité.

Donc en votre nom je remercie MM. Masson et Lemière de leur excellente étude sur la construction mécanique des bridges.

V. — Appareil protecteur de la face.

Je vous présente un appareil que M. Rhein vient de déposer sur le bureau et dont il fait don à l'Ecole. C'est un appareil en mica, destiné à protéger les yeux et la face du dentiste. Nous remercions M. Rhein.

Vous savez, Messieurs, que nous avons eu le regret de perdre pendant les vacances un de nos plus estimés collègues M. Cecconi, de Pontoise.

Nous avons dans *L'Odontologie* exprimé tous nos regrets de la perte de ce collègue qui avait rendu des services nombreux à l'Ecole dont il était l'un des chefs de clinique les plus dévoués, et qui fut pendant si longtemps un de nos meilleurs collaborateurs; il était resté pour moi un vrai ami.

Vous vous joindrez aux regrets exprimés pour sa perte en vous rappelant les communications très intéressantes que M. Cecconi est venu nous faire dans cette Société. C'est lui qui a contribué à faire employer dans nos dispensaires le bridge en argent qui a nombre d'avantages sur lesquels je n'ai pas besoin de rappeler. Nous adressons à sa famille toute l'expression de nos sentiments de condoléances pour la perte de ce confrère.

Je ne veux pas terminer cette dernière séance de ma présidence sur cette parole de regrets. Je veux encore adresser les plus sincères remerciements à mes anciens collaborateurs du bureau et des félicitations au nouveau président M. Heïdé ainsi qu'à ses collaborateurs du nouveau bureau.

Nous regrettons qu'il soit trop tard pour mettre en discussion l'intéressante communication de M. Jeay, elle mérite mieux qu'une fin de séance. Nous porterons donc cette discussion à notre prochaine séance.

La séance est levée à minuit un quart.

Le secrétaire général,
Henri Dreyfus.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

ASSOCIATION SYNDICALE DES CHIRURGIENS-DENTISTES DU SUD-EST DE LA FRANCE

Assemblée générale du 1er novembre 1911.

Le 1er novembre, une très importante réunion de l'Association s'est tenue à Marseille. Du programme très chargé nous ne relèverons que les points les plus saillants.

Une communication de M. Grosso sur « Un cas de migration de la canine supérieure droite ». Cette intéressante relation a été suivie d'une discussion des plus instructives.

Dans « Un accident de dent de sagesse », M. Fabret nous présente un cas inédit et particulièrement embarrassant, dont il se tire d'ingénieuse façon.

M. Déchaux expose divers tours de mains présentant un tel intérêt que le sympathique président est prié de les écrire pour les communiquer à la presse professionnelle.

M. Fabret expose toute une série de procédés bien personnels pour la fabrication des bridges. Il présente aussi des attelles pratiques pour immobiliser les dents dans les cas de pyorrhée.

Signalons une véritable conférence du plus haut intérêt scientifique par M. Raynal. Cette conférence sert pour ainsi dire de préface à une communication sur « les rayons ultra-violets en thérapeutique dentaire ». M. Raynal compte avoir mis au point cette question pour les vacances de Pâques. Ceux qui auront la bonne fortune d'assister au congrès de Montpellier qui se tiendra à cette époque sous les auspices de l'A. S. D. C. D. S. E. F., auront la primeur de la méthode.

Ajoutons qu'on nous annonce d'autre part plusieurs communications intéressantes pour cette prochaine réunion. Un programme provisoire s'élabore déjà.

Il a été beaucoup parlé à Marseille de la situation du chirurgien-dentiste. On présente une série de projets tendant à porter remède aux maux dont nous souffrons. L'Association prendrait en mains la défense des intérêts du chirurgien vis-à-vis des tiers l'attaquant ; par exemple de celui qui prendrait à tâche de ruiner un praticien parce qu'un accident involontaire et impossible à prévoir aurait atteint l'opéré du fait de l'opérateur. Bien des cas sont examinés où le confrère embarrassé trouverait aussitôt aide et soutien au sein de l'Association.

A propos de l'hygiène dentaire, M. Fabret fait le procès des clini-

ques dentaires scolaires converties en usine à obturations, voire à appareils, pour le plus grand dommage causé aux confrères qui ont des frais et attendent le patient. Cette institution est leur concurrente directe. Au contraire, organisée dans un tout autre esprit, il est simple de convertir la clinique dentaire en auxiliaire précieux pour le praticien.

M. Fabret expose à ce propos la façon de pratiquer l'inspection dentaire dans les écoles pour qu'elle serve uniquement à la vulgarisation des préceptes d'hygiène. La clinique dentaire scolaire — œuvre humanitaire — doit se borner à soulager les indigents et, par une intelligente démonstration, doit indiquer aux autres le chemin du cabinet « du » dentiste, qui recevra alors des patients convaincus d'avance de l'efficacité de ses soins et des ressources de son art.

Des exemples cités par M. Fabret montrent les résultats acquis, qui sont faits pour montrer aux plus incrédules que c'est là une œuvre humanitaire, sociale et propice aux intérêts professionnels.

Passant à une autre question — non moins passionnante — l'établissement d'une école dentaire à Montpellier, MM. Raynal et Grether ont rapporté une réconfortante nouvelle.

Tous les chirurgiens-dentistes et docteurs dentistes de cette ville réunis par le Doyen de la Faculté ont protesté avec un bel ensemble contre cette fondation. M. Raynal, dans un rapport fort documenté, a représenté au Doyen qu'il est prouvé qu'il y a pléthore professionnelle ; que, d'autre part, son intention de provoquer l'installation d'un dentiste dans chaque village de 2.500 habitants n'est pas acceptable. Ce chirurgien ne couvrirait pas le quart des frais nécessités par une installation convenable.

L'assemblée remercie les dévoués confrères Raynal et Grether qui ont su s'acquitter avec tant de talent d'une tâche aussi délicate.

La question reste à solutionner, mais l'Association syndicale veille, gardienne vigilante des intérêts de ses membres.

L'assemblée propose d'envoyer une lettre de remerciements aux confrères de Montpellier pour leur belle attitude de solidarité confraternelle et propose cette ville comme lieu de réunion de la prochaine assemblée. Proposition votée par acclamation.

L'assemblée modifie les articles de ses statuts en ce qui concerne le contentieux. Celui-ci sera entre les mains du vice-président habitant Marseille, le sympathique M. Dethès.

M. Grether lit ensuite son compte rendu financier qu'il a su établir de si brillante façon que des applaudissements unanimes le saluent : il annonce un excédent considérable en caisse. Des remerciements à M. Bernard dont l'inlassable activité a si souvent l'occasion de se manifester ainsi qu'en témoignent ses longs rapports.

On procède enfin aux élections partielles du bureau. Malgré le vif

désir qu'avaient tous les membres de voir rester à leur tête le président sortant, M. Déchaux, qui savait remplir avec un zèle si modeste et un dévouement si loyal les fonctions si délicates d'une présidence difficile, celui-ci se devant à des devoirs d'un autre ordre, cède le fauteuil présidentiel qu'il occupait avec une incomparable distinction à son confrère M. Fabret de Nice.

M. Grosso, reflétant alors les sentiments de tous, fait de M. Déchaux un brillant éloge, longuement applaudi.

M. Camatte, de Toulon, est nommé à la vice-présidence.

Ces élections ont lieu par acclamation.

Le soir un amical banquet réunissait les chirurgiens-dentistes dans les pittoresques salons de Novelty.

Nous recevons la lettre suivante :

Mon cher collègue,

Je vous serai très obligé de bien vouloir publier la lettre ci contre.

Bien cordialement votre dévoué,

Dr SIFFRE.

A Monsieur Francis Jean, président de l'Association d'hygiène dentaire française.

Mon cher président,

Ma situation et mes idées personnelles ne me permettent pas de vous suivre dans les moyens que vous employez pour la défense d'une cause à laquelle j'étais bien attaché ; j'ai donc le regret de vous donner ma démission de membre et de vice-président de l'Association d'hygiène dentaire française.

Je vous prie d'agréer, mon cher président, l'expression de mes sentiments distingués.

Dr SIFFRE.

29 décembre 1911.

GROUPEMENT DES ÉCOLES DENTAIRES DE PARIS

Reconnues d'utilité publique.

Fête de réouverture des cours et de distribution des récompenses.

7 décembre 1911.

(Suite et fin.)

REMISE DE MÉDAILLES A MM. AUGUSTE MARIE et MENDEL-JOSEPH

Professeurs

Et à M. LÉON BIOUX

Chef de clinique honoraire à l'École dentaire de Paris.

Par M. Godon,

Directeur.

Avant de distribuer des récompenses aux élèves, vous trouverez sans doute tout naturel que nous en distribuions aux maîtres.

Chaque année, en effet, le Conseil d'administration de l'École dentaire de Paris, pour reconnaître, dans la mesure du possible, les services rendus par les membres de son corps enseignant, accorde une médaille aux plus anciens et aux plus dévoués d'entre eux, et nous profitons de cette solennité pour remettre cette médaille, en y ajoutant nos plus vifs remerciements.

Cette année, le Conseil a fait choix de MM. Auguste Marie, Mendel-Joseph et Léon Bioux.

M. le Dr Auguste Marie appartient depuis quatorze ans à notre corps de professeurs. Il a la difficile tâche d'enseigner à nos élèves la pathologie ; mais il le fait avec l'habileté, le savoir et la compétence que lui ont acquis ses savants travaux et ses postes antérieurs d'interne des hôpitaux, de préparateur à la Faculté de médecine de Paris, de directeur de l'Institut antirabique de Constantinople, d'as-

sistant d'abord, puis de chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, où il remplit encore cette délicate fonction.

Avec un tel maître nos étudiants sont assurés de recevoir l'enseignement dont ils ont besoin pour affronter hardiment les examens de la Faculté, et, si les succès qu'ils remportent font honneur à leur travail, ils rejaillissent surtout sur l'homme éclairé, distingué, sûr de lui et consciencieux qu'est M. le Dr Marie. Je suis heureux de pouvoir lui dire ici, au nom du Conseil, la haute estime dans laquelle nous tenons sa bonne collaboration à notre institution et de l'en remercier. *(Applaudissements.)*

II

M. le Dr Mendel-Joseph est un enfant de l'École dentaire de Paris, dont il a reçu le diplôme en 1891, il y a vingt ans !

La même année, il entrait dans notre Corps enseignant comme préparateur de micrographie.

En 1892, il était nommé démonstrateur de dentisterie opératoire. En 1898 il devenait chef des travaux pratiques d'histologie.

En 1901 il était nommé professeur suppléant de dentisterie opératoire et en 1908 il a été titularisé dans le même poste.

M. Mendel-Joseph est un chercheur et un érudit qui, ne se contentant pas d'à peu près, vise à la perfection ; ses travaux sont toujours très soignés, très étudiés et, pour les reconnaître, ses confrères l'ont appelé en 1910 à la présidence de la Société d'Odontologie de Paris.

Il donne à nos élèves un enseignement très apprécié, qui lui a valu en 1900 la médaille d'argent ; onze ans plus tard il n'est que justice que nous remettions à M. Mendel-Joseph la médaille d'or, avec l'expression de notre reconnaissance. *(Applaudissements.)*

III

M. Léon Bioux est, lui aussi, un enfant de l'École dentaire de Paris ; mais il est en même temps un de ses fonda-

teurs, et son amour paternel, doublé d'un amour filial pour cette institution, l'attache fidèlement à elle depuis trente ans. Aussi lui rend-il des services et dans l'enseignement et dans l'administration, services que nous désirons proclamer et reconnaître.

Diplômé et lauréat de l'École en 1881, il était démonstrateur en 1882; chef de clinique pendant quatorze ans, de 1883 à 1897, il est chef de clinique honoraire depuis cette date.

Mais il a également un long passé administratif, comme membre du Conseil, comme secrétaire de ce Conseil, et il remplit depuis six ans, avec un ordre parfait et la plus grande conscience, en même temps qu'avec une régularité digne d'éloges, le poste si délicat de trésorier de la Société. Obligé de faire face avec des ressources limitées à des dépenses considérables, obligé notamment de couvrir les 88.000 francs de grands travaux qu'a coûté la construction de l'École de stage, M. Bioux a géré nos deniers avec une habileté à laquelle je me plais à rendre hommage.

En 1893 il a reçu la médaille d'argent de l'École ; au bout de trente ans, nous lui devons bien la médaille d'or, et je suis heureux d'avoir à la lui attribuer, au nom de ses collègues. *(Applaudissements.)*

REMISE D'UNE MÉDAILLE COMMÉMORATIVE AU MINISTRE

Au moment où la séance officielle allait être clôturée M. Godon a remis au Ministre une médaille commémorative en l'accompagnant des paroles suivantes :

Monsieur le Ministre,

Veuillez me permettre de vous offrir, comme nous l'avons fait chaque année pour chacun de ceux qui vous ont précédé dans ce fauteuil, notre médaille, modeste souvenir qui vous rappelle les quelques heures, trop brèves, à nos yeux, que vous avez bien voulu passer parmi nous, et dont nous nous autoriserons pour vous inscrire, comme vos

prédécesseurs, parmi les membres de notre Comité de patronage. Je vous demanderai d'y joindre, à nouveau, l'expression de notre gratitude. *(Applaudissements.)*

REMISE DE MÉDAILLE A M. ROUSSEAU

Professeur à l'École odontotechnique.

Par M. SIFFRE,

Directeur.

Au nom du Conseil d'administration de l'Association de l'École odontotechnique, j'ai le plaisir d'attribuer une médaille à M. Rousseau, le plus ancien professeur de l'École ; malheureusement ce dernier, retenu au lit par la maladie, ne peut venir la recevoir ; mais nous irons la lui porter et je lui adresse en attendant nos souhaits de prompt rétablissement. *(Applaudissements.)*

PALMARÈS

École Odontotechnique. — École dentaire de Paris.

SCOLARITÉ 1910-1911.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

4e Année, dite de perfectionnement.

Elèves ayant obtenu le diplôme de l'Ecole.

Épreuves théoriques et pratiques.

Session de juillet.

MM. Katsaros.	MM. Mollet.	MM. Lacalamita.
Biliunas.	Tenguer.	Cazeaux.

3e Année.

Les élèves des deux écoles dont les noms suivent par ordre alphabétique ont obtenu le diplôme des écoles dentaires.

Session de juillet.

MM. Abel.
Aillerie.
Arama.
Arnaudo.
Batareick.
Berge.
Bonnafoux.
Cadic.
Calogiannis.
Mlle Cassagnabère.
MM. Charlet.
Chastel.
Chavant.
Chenet.
Cheymol.
Mlle Chpiro.
MM. Dr Christo-Carapas.
Cotton.
Cottret.
Covo.
Dartiguenave.
MM. Davy.
Degardin.
Deschamps.
Dietschy.
Dupont.
Fixmer.
Mlle Funerolle.
MM. Gigot.
Gotte.
Guillermain.
Hostert.
Katebe.
Kiopas.
Lambinet.
Laurent.
Lebarbier.
Liapis.
Migot.
Mouche.
Muller.
Naftel.
MM. Palette.
Perrenoud.
Mlle Pilmyer.
MM. Quelet.
Rambaud.
Regnard.
Richaume.
Rivet.
Robichon.
Robinet.
Mlle Ross.
MM. Saltiel.
Scharfman.
Seron.
Talabart.
Tomazewska
Van der Henst.
Wilson.
Mlle Yofa.

4e année.

Elèves médecins.

Session d'octobre.

M. Aelion. | M. Fonseca. | M. Dr Samy.

3e année.

Session d'octobre.

MM. Althoffer.
Arevian.
Bardonnet.
Mlle Boisseau.
MM. Borcier.
Chambenoit.
Chedaka.
MM. Gaudoin.
Goupil des Pallières.
Haloua.
Henry P.
Hilmizade-Hamid.
Lemaire.
Lusson.
Mme Mantelin.
Mlle Martemianoff.
MM. Maurion.
Mendelovici.
Fouillard.
Taffin.

RÉCOMPENSES

École dentaire de Paris.

4e année, dite de perfectionnement.

M. KATSAROS. — **1re Mention.**
Un volume offert par M. le Préfet de la Seine.
Une trousse de 12 daviers offerte par la maison Picard frères.

M. Beliunas. — Un bon de 50 francs offert par la maison Reviron.
Un bon de 25 francs offert par la Société Coopérative.

École Odontotechnique.

3e année.

M. Arnaudo. — **Prix d'excellence.**
Médaille de vermeil.
Médaille d'argent, prix de fin d'études.
— — — de clinique.
— — — de prothèse.
Une série d'appareils offerte par MM. Reviron et Pomiès.

M. Abel. — Médaille de vermeil.
Médaille d'argent, prix de fin d'études.
— — — de dentisterie opératoire.
— — — d'orthodontie.
Un jeu de 12 daviers offert par la maison Picard.

Mlle Yofa. — **Prix de fin d'études.**
Médaille d'argent.
Prix Lee, 100 francs offerts par M. H. Lee.
100 francs d'instruments offerts par M. Ash.
Médaille de bronze.

Mlle Chripo. — Prix du Ministre de l'Instruction publique.
50 francs d'instruments offerts par la maison Ash.

Mlle Tomazewska. — Médaille de bronze.

Mentions.

MM. Dietschy. — Un appareil mouleur Statim.
Charlet. — Prix du Ministre du Commerce.
100 francs d'instruments offerts par la maison Créange.
Cotton.
Dartiguenave. — Prix du Préfet de la Seine.

Mlle Funerolle. — 40 francs d'instruments offerts par la maison Urfer.

MM. Gigot. — Un appareil Decolland offert par la Société française.
Muller, Perrenoud, Richaume, Regnart.

Ecole dentaire de Paris.

3e année.

M. Berge. — **Premier prix.**
Médaille de vermeil offerte par M. le Ministre du Commerce.
Un bon de 100 francs d'instruments offert par M. Godon.
Un volume offert par M. le Préfet de la Seine.
Une médaille offerte par M. le Ministre de l'Instruction publique.

M. LEBARBIER. — **Deuxième prix.**

Médaille d'argent offerte par l'E. D. P.

Un bon de 100 francs d'instruments offert par la maison Ash.

Appareil articulo-mouleur.

Mentions.

M. CHAVANT. — **1re Mention.**

Un bon de 150 francs d'instruments offert par la maison Contenau.

M. NAFTEL. — **2e Mention.**

Un bon de 25 francs d'instruments offert par l'A. G. S. D. F.

Un appareil électrique offert par M. Geoffroy.

M. RAMBAUD. — **3e Mention.**

Un bon de 25 francs d'instruments offert par l'A. G. S. D. F.

Prix de dentisterie opératoire.

M. BERGE. — **Premier prix.**

Un bon de 75 francs d'instruments offert par M. Sauvez.

M. CHASTEL. — **Deuxième prix.**

Un bon de 25 francs d'instruments offert par M. Sauvez.

M. AMOEDO. — **Prix de démonstration pratique.**

Un volume offert par M. Geo. Roussel.

Prix du Dispensaire.

M. BERGE. — **Premier prix.**

Un volume offert par le Préfet de la Seine.

Un bon de 50 francs d'instruments offert par la maison Contenau.

M. MIGOT. — **Mention.**

Un bon de 25 francs d'instruments offert par l'A. G. S. D. F.

Un appareil articulo-mouleur.

M. RAMBAUD. — **Prix de prothèse.**

Un bon de 75 francs d'instruments offert par la Société Coopérative.

Un bon de 75 francs d'instruments offert par la maison Reviron.

Un appareil articulo-mouleur.

M. BERGE. — **Prix d'anesthésie.**

Un masque inhalateur offert par M. Miégeville.

Services extérieurs.

Une mention est accordée aux élèves de 3e année qui ont fréquenté avec assiduité, pendant leur scolarité les services dentaires extérieurs dépendant de l'Assistance publique.

Ont obtenu cette mention :

MM. MOUCHE, NAFTEL, RAMBAUD, Mlle ROSS, MM. MARTIN, GANDOUIN, Mlle JOSEF.

ÉCOLE ODONTOTECHNIQUE

2e année.

M. Delourmel. — **Prix de fin d'année.**
Médaille d'argent et 25 francs d'instruments offerts par la maison Hersent.

M. Sapet. — **Médaille d'argent.**

Mlle Bromberg, MM. Gaffie, Girardclos, Mlle Lambert. — **Mentions.**

M. Vauville. — Un lot d'instruments offert par la maison Joliot.

Mlle Lambert. — **Prix de dentisterie opératoire.**
Médaille de bronze.

M. Girardclos. — **Prix de clinique.**
50 francs d'instruments offerts par la maison Ash.

Mlle Kreichgauer. — **Prix d'assiduité.**
75 francs d'instruments offerts par la maison Hersent.

M. Michaux. — **Prix de prothèse.**
Médaille de bronze.

M. Herbert. — **Prix d'orthodontie.**
Médaille de bronze.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

2e année.

M. Neuvy. — **Prix du Dispensaire.**
Un bon de 50 francs offert par la maison Ash.

Mme Gallois. — **Mention.**
Un bon de 25 francs d'instruments offert par l'A. G. S. D. F.

M. Waldbillig. — **Prix de prothèse.**
Un bon de 50 francs d'instruments offert par la maison Ash.
Un appareil électrique offert par M. Geoffroy.
Un appareil articulo-mouleur.

Services extérieurs.

Elèves de 2e année ayant obtenu la mention :
Mlles Chifflart, Pescarolo, Blumenfeld.

ÉCOLE ODONTOTECHNIQUE

1re année de stage.

Prix de Travaux pratiques.

M. Amiot. — **Médaille de bronze.**

Mlles Magnenat, Weintraub, MM. Fildermann, Cantegrel, Salerni, Blatière, Mlle de Saint Loyal. — **Mentions.**

Prix d'Examens théoriques.

Mlle Magnenat. — **Médaille de bronze.**
M. Fildermann. —
MM. Amiot, Dufay, Fourquet, Robin, Mlle de Saint Loyal. — **Mentions.**

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

1re année de stage.

MM. Brasseur. — **1re Mention.**
Tomasini. — **2e Mention.**
Monique. — **3e Mention.**
Combes. — **4e Mention.**
Leroy. — **5e Mention.**

NÉCROLOGIE

Notre confrère, M. Douzillé, d'Agen, membre du Conseil d'administration de l'A. G. S. D. F., vient d'être éprouvé par la perte de son beau-père M. Comet, chirurgien-dentiste à Agen, décédé à l'âge de 78 ans.

M. Comet était en même temps le grand-père de M. Mousis.

Nous adressons à M. Douzillé et à sa famille nos bien sincères condoléances.

*
* *

Notre confrère M. Caron, de Nantes, membre de l'A. G. S. D. F., vient de perdre son beau-fils M. de Breilly à l'âge de 32 ans.

Nous lui adressons nos condoléances, ainsi qu'à sa famille.

NOUVELLES

Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Lyon.

A la suite de la dernière assemblée générale annuelle, le Conseil d'administration et le Bureau de la Société ont été composés ainsi qu'il suit :

BUREAU.

Dr Pont, *président*.
A. Ravet, *vice-président*.
D. Rouvier, *vice-président*.
Dr Vichot, *secrétaire général*.
A. Vicat, *secrétaire des séances*.
J. Bonnaric, *trésorier*.
F. Durif, *trésorier adjoint*.
S. Crepier, *bibliothécaire*.
M. Raton, *conservateur du Musée*.

MEMBRES DU CONSEIL.

Dr Artaud, Dr Bret, Dr Trillat, Dr Bouchard, Dr Vignard, Dr Marque, Dr Michallon, Erny, Soulard, André, Yvrard.

Exposition universelle et internationale de Gand.

Une Exposition universelle et internationale aura lieu à Gand en 1913 d'avril à octobre.

Elle comprendra, entre autres, un groupe consacré à l'éducation

et à l'enseignement, un groupe consacré à l'hygiène et à la bienfaisance, un groupe consacré à l'enseignement pratique, etc.

Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris.

Le Conseil d'administration de la Société a constitué son Bureau ainsi qu'il suit, dans sa séance du 9 janvier :

Président-directeur : M. Godon.
Vice-président et *directeur administratif :* M. d'Argent.
Vice-président : M. Lemerle.
Secrétaire général : M. G. Villain.
Secrétaire des séances : M. Dreyfus.
Trésorier : M. Bioux.
Econome : M. Miégeville.
Bibliothécaire : M. H. Villain.
Conservateur du Musée : M. André.
Directeur adjoint : M. Blatter.
Directeur de l'enseignement : M. Roy.

*
* *

Par décision du Conseil d'administration du 9 janvier 1912, M. Maxime Dugit, un des cinq fondateurs du Cercle des dentistes de Paris (1879), a été nommé membre honoraire de la Société.

Ecole dentaire de Paris.

Le concours pour le poste de chef de clinique d'anesthésie est fixé au 4 février 1912.

Le concours pour le poste de professeur suppléant de chirurgie dentaire est fixé au 11 février 1912.

*
* *

Par décision du Conseil d'administration du 9 janvier 1912, M. Desforges a été nommé, après concours, professeur suppléant d'anesthésie.

Exposition internationale d'hygiène sociale.

Une Exposition internationale d'hygiène sociale aura lieu à Rome de janvier à avril 1912. Elle comprendra vingt groupes, dont un d'odontologie (le 18e), ayant pour président d'honneur M. Godon et

pour vice-président M. Geo. Roussel, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

L'Ecole dentaire de Paris y prendra part.

S'adresser pour tous renseignements au secrétaire général M. le Dr Guillet, 8, rue de Douai, Paris.

Canton de Genève.

Le Conseil d'Etat du canton a nommé pour une nouvelle période d'une année aux fonctions de médecin-inspecteur des écoles dix docteurs en médecine et un chirurgien-dentiste, M. Auguste Patte-Demole.

∴

Une inscription a été ouverte au Département de l'Instruction publique, Hôtel de Ville, du 7 au 21 novembre 1911 inclusivement, pour les postes suivants :

1° Chirurgien-dentiste chef de la Policlinique dentaire scolaire de Genève.

Traitement : 4.000 francs par an.

2° Chirurgien-dentiste adjoint de la Policlinique dentaire scolaire de Genève.

Traitement : 3.000 francs par an.

Les deux titulaires doivent consacrer chacun une demi-journée, soit 3 h. 1/2 par jour, à leurs fonctions. Ils doivent être diplômés et avoir le droit de pratiquer dans le Canton de Genève. Ils sont autorisés à continuer l'exercice de leur profession en dehors de leurs fonctions, mais ne peuvent, en aucun cas, recevoir leur clientèle privée à la Policlinique.

Rectification.

Nous avons reçu de M. Dehogues une lettre au sujet de la note le concernant parue dans le numéro de *L'Odontologie* du 15 décembre 1911. Il nous prie de dire que c'est à titre personnel, et non en tant que fondateur de l'Association des dentistes indépendants, qu'il a démissionné du Groupe des amis des Ecoles dentaires.

32e ANNÉE. N° 2 30 JANVIER 1912 VOL. XLVII

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

TECHNIQUE DES INLAYS DE PORCELAINE WELDEN

Par M. ETCHEPAREBORDA,
Directeur de l'Ecole dentaire de Buenos-Ayres.

Ayant parlé il y a quelques jours à la Société d'Odontologie de Paris des propriétés de la porcelaine du Dr Welden, je ne reviendrai pas aujourd'hui sur ce sujet et je m'occuperai exclusivement de la technique des inlays avec cette composition.

La préparation de la cavité, la prise de l'empreinte et la mise en moufle se font de la même façon que pour les incrustations d'or, en s'assurant que les bords de la dent sont très nets, afin d'éviter d'avoir des bords fragiles dans les inlays.

Comme vous le voyez, j'emploie pour prendre l'empreinte la cire rose de White que je considère comme la meilleure pour ce genre de travail.

La grosseur de la tige est le 12 de la filière américaine, ce qui équivaut à la grosseur de la tige d'une fraise pour le tour. Cela suffit pour les incrustations petites et moyennes ; pour les grandes il faut choisir une tige un peu plus large.

J'ai employé pour les inlays que je coulerai tout à l'heure deux rondelles différentes pour former le creuset : l'une métallique, de Welden, est traversée à sa base par une

vis qui sert à fixer la tige et qui, lorsqu'on la retire, laisse une cavité conique formant un angle de 45° ; l'autre consiste aussi en une plaque métallique perforée au centre, sur laquelle j'ai placé un morceau de cire, que j'ai traversé avec la tige, lui donnant une forme légèrement conique.

M. Welden prépare, pour ce travail, un revêtement spécial dépourvu, d'après lui, de toutes les impuretés telles que le fer, le sodium, etc., que les autres revêtements contiennent et qui sont nuisibles à leur composition. Le revêtement est composé de magnésie et de plâtre et d'une petite quantité de silex. Dans les incrustations que j'ai faites, j'ai employé plusieurs sortes de revêtements, et j'ai obtenu d'aussi bons résultats qu'avec le revêtement de Welden. Aujourd'hui même je viens de revêtir un modèle avec le revêtement impérial de Brophy, qui m'a toujours donné entière satisfaction.

J'ai observé qu'il est absolument essentiel, surtout quand on emploie pour ce travail des appareils à aspiration, que les parois du creuset soient tout à fait lisses, unies, pour que la porcelaine en fondant s'applique hermétiquement à l'ouverture laissée par la tige, de façon que, lorsqu'on fera le vide, la force s'exerce sur la masse de la porcelaine fondue. J'ai manqué au début de mes études plusieurs inlays pour n'avoir pas tenu compte de ces faits.

Si l'on désire employer l'appareil d'Elguin ou de Zurbrich, de Philadelphie, après avoir revêtu l'inlay, on doit, avant de commencer à chauffer le moufle, polir la partie inférieure du moufle afin d'obtenir le contact parfait de cette partie avec le plateau de l'appareil ; une demi-heure suffit pour que le revêtement soit bien sec et il est toujours préférable de faire le travail le plus tôt possible, car en aucun cas un modèle ne doit rester plus de 12 heures sans être coulé.

La pratique de Welden pour chauffer le moufle diffère essentiellement de celle de Taggart dont j'ai parlé l'autre soir ; Welden chauffe le moufle avant de couler la porcelaine avec un bec de Bunsen jusqu'à ce que la chaleur soit

telle qu'on puisse voir la rougeur de la flamme au travers du vide de la tige.

On peut aussi chauffer le moufle dans un four à porcelaine, ce qui donne une chaleur uniforme de tous côtés.

Quand on est sûr que toute la cire est évaporée, on place dans le creuset du moufle tenu verticalement, sans retirer celui-ci du feu, la pâte de porcelaine, laquelle devra être tenue quelques minutes au feu avant d'être coulée.

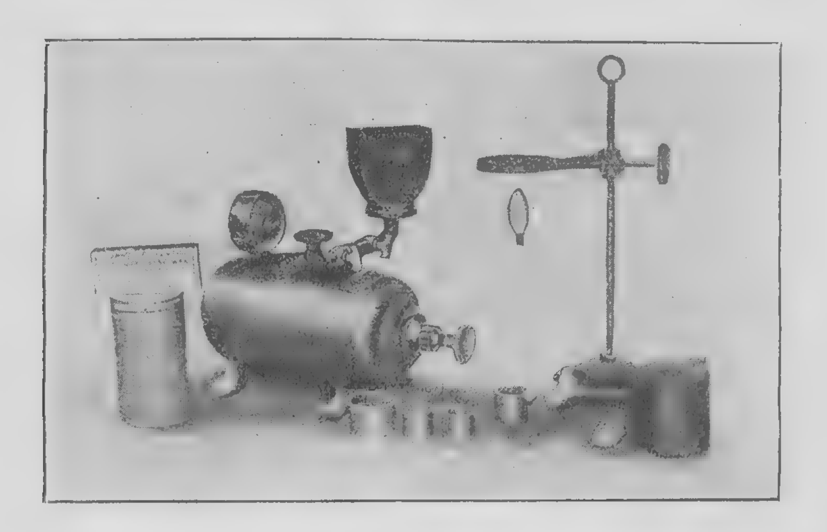
La quantité de substance dépend de la grandeur de l'inlay, mais ordinairement un gramme pour les petites incrustations et un gramme et demi pour les moyennes et même les grandes sont suffisants. Avec un peu de pratique on arrive à établir la quantité nécessaire sans la peser.

Quand le modèle est bien chaud on prépare l'appareil à succion d'Elguin pour le coulage. Je vais employer ici l'appareil à succion d'Elguin fait à Toledo par la Compagnie Randson and Randolph, des Etats-Unis. Mais à Philadelphie j'ai fait des inlays avec l'appareil Zurbrich du même genre, qui est bien plus simple et donne un travail merveilleux.

M. Welden a réussi à faire des porcelaines coulées avec l'appareil à pression de Taggart et je suis sûr qu'on les réussirait aussi très facilement avec la magnifique presse à air comprimé de la Dental Manufacturing Cy que j'ai vue fonctionner à Londres quand j'ai assisté au Congrès de la Fédération dentaire internationale et à celui de la British Dental Association, en 1911.

L'appareil que je vous présente n'a pas besoin de description. Vous voyez qu'il est très simple. Avec cette pompe je fais le vide jusqu'à ce que le n° 25 du cadran soit atteint, ce qui représente une force d'aspiration de 25 pouces, force nécessaire pour réussir en ce travail. On place alors le moufle sur le plateau, on applique sur la porcelaine la flamme du chalumeau et, lorsque la porcelaine est tout à fait fondue, on ouvre la clé de l'appareil; la porcelaine coulant doucement on est obligé de maintenir la flamme dessus encore une minute.

Vous verrez sur la porcelaine, quand elle sera fondue, la formation de bulles, ce qui prouve qu'il se fait à l'intérieur du moufle des dégagements de gaz. Il ne faut pas se presser et l'on ne doit ouvrir la clé de l'appareil qu'aussitôt que la deuxième bulle aura disparu.



Welden recommande pour avoir des porcelaines très résistantes de recuire le moufle même avant de le laisser refroidir, une ou deux fois après avoir coulé la porcelaine. L'inlay fait, on laisse refroidir le moufle jusqu'à ce que l'on puisse le toucher avec les doigts, on retire l'inlay, on le lave avec de l'eau et du savon et on le fait bouillir dans une faible solution d'acide chlorhydrique; on le polit ensuite avec de la pierre ponce et du blanc d'Espagne, il devient alors aussi brillant que l'émail.

Welden a imaginé aussi une préparation pour finir la porcelaine.

Voici des inlays qui montrent que l'adaptation de la porcelaine aux parois de la cavité est parfaite. On me demande si elle offre une solidité suffisante pour résister aux efforts masticatoires. Il y a à peine un mois que j'ai vu la démonstration de Welden à Philadelphie et je n'ai aucune expérience personnelle sur cette matière, mais Welden affirme

que les essais que l'on a fait à New-York avec des appareils de précision pour mesurer sa densité et sa résistance ont démontré qu'elle est plus dense que toute autre porcelaine et, quand elle est coulée, elle est 1.82 plus forte que la porcelaine de moyenne et de basse fusion.

Pour ce qui a rapport à la couleur, il existe des nuances très variées, et les progrès réalisés par M. Welden dans son procédé, lors de sa première démonstration, permettent d'espérer des résultats de jour en jour supérieurs.

APPLICATIONS DE L'ELECTRO-AIMANT A L'ART DENTAIRE

Pour l'extirpation des instruments fracturés dans les dents

Par Henri Villain, D. D. S.,

Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

Les instruments très fins en acier trempé que nous employons journellement pour l'élargissement des canaux, pour l'extirpation des filets radiculaires ou pour le traitement des racines infectées sont malheureusement très fragiles et il vous est arrivé, probablement, comme à moi, la désagréable surprise de sortir votre instrument de la dent et de constater que la pointe était restée dans la racine, qu'elle y était coincée et très difficile à extirper.

Devons-nous, dans ces cas, considérer le canal comme obturé par cette pointe métallique ou, au contraire, devons-nous essayer tous les procédés à notre disposition pour tenter l'extirpation, même si l'instrument et le canal étaient aseptiques au moment de la fracture ?

Je crois pouvoir répondre tout de suite affirmativement sur le second point, en me basant sur les responsabilités qui, dans toutes les professions, industrielles ou médicales, se précisent chaque jour de plus en plus.

En effet, depuis quelques années, n'assistons-nous pas à des procès intentés contre des chirurgiens pour des instruments ou des fils qu'ils auraient oubliés dans une partie explorée d'un de leurs opérés?

N'avons-nous pas lu, il y a quelques mois, dans tous les journaux quotidiens, ce procès intenté par une cuisinière, pour les souffrances et le préjudice que lui causait la pointe d'un tire-nerfs oubliée dans une racine, par son dentiste, prétendait-elle, et auquel elle réclamait 10.000 francs de dommages-intérêts ?

A propos de ce procès, je ne saurais mieux faire que de vous citer la partie du rapport de l'expert, M. Sauvez, qui fut commis dans cette affaire.

Dans la partie de la discussion concernant « la fracture des instruments dits tire-nerfs en général », le rapporteur s'exprime ainsi :

« L'instrument appelé tire-nerfs est une tige très ténue, en acier, plus ou moins bien ou mal trempé, fragile, de la grosseur d'un trait marqué sur le papier par une plume normale, plutôt fine, c'est-à-dire du diamètre d'un demi-millimètre au plus et finissant par une partie beaucoup plus mince encore. Cet instrument présente une série de petites encoches qui créent des points faibles sur la petite tige, qui diminuent, par conséquent, sa résistance et qui sont destinées, comme le nom l'indique, à accrocher les filets vasculo-nerveux qui siègent dans les canaux de la racine des dents, canaux qui sont parfois de la plus extrême finesse.

» La fracture de ces instruments dans les canaux radiculaires, souvent très étroits, quelquefois contournés, est un accident très courant qui ne saurait être comparé à aucun autre comme fréquence et possibilité et qui est absolument impossible à prévoir ou à éviter, même par la main la plus adroite, la plus légère et la plus expérimentée.

» Nous affirmons qu'aucun dentiste n'a pu pratiquer son art sans avoir cassé de tire-nerfs dans une dent et qu'aucun n'oserait affirmer que cet accident ne lui arrivera plus ; cela nous est arrivé à nous-même plusieurs fois. Un dentiste qui introduit un tire-nerfs dans une dent risque de le casser, comme un homme qui court sur la glace risque de tomber.

» On en casse au moins trente par jour dans une ville comme Paris.

» Il s'agit donc là d'un accident courant, inhérent à la profession de dentiste, comme les hémorragies et la fracture des racines qui ne peuvent être regardées comme une faute opératoire professionnelle, et cet accident, tout en étant regrettable, peut arriver à l'opérateur le plus habile, de

même que tout le monde peut casser une mine de crayon s'il est forcé d'écrire avec un crayon très fin. »

Ce plaidoyer en faveur du dentiste ne peut qu'être approuvé par tous, mais ce procès montre aussi les ennuis auxquels nous nous exposons en pareille circonstance et la nécessité de faire tout notre possible pour ne pas obturer une dent contenant une pointe d'instrument quelconque cassé dans une racine.

Je passe sous silence les différents procédés que vous connaissez tous, tels que les oxydations par l'acide sulfurique, par la teinture d'iode, les pinces spéciales, etc., etc., employés généralement pour faciliter ces extirpations, et je vais tout de suite vous dire comment je fus amené à construire un électro-aimant qui pourra dans certains cas rendre quelques services.



Faisant chez M. Sauvez un grand nombre de bridges (120 à 150 par an), je me trouve très souvent en présence de dents saines que je dois dévitaliser pour placer un inlay-pivot qui servira de point d'appui à un bridge.

Les dents sur lesquelles je travaille, généralement des prémolaires ou des canines, sont souvent exemptes de carie, présentent un tissu très dense où les forets coincent facilement, et pour peu que ces derniers soient trempés très sec, ils cassent aisément.

Afin d'élargir le canal je commence toujours par le Beutelrock le plus fin, pour finir par le plus gros, puis je me sers de forets-vrilles calibrés avec le fil de platine qui me sert pour mes pivots.

J'ai donné la préférence à ces deux sortes d'instruments, en raison de leur forme cylindrique présentant à plus d'un

centimètre de la pointe une partie faible où l'instrument, quand il coince, devrait toujours se fracturer.

Malheureusement, depuis quelques années, bien des confrères l'ont remarqué comme moi, les aciers qui servent à la fabrication de nos instruments, paraissent en général moins bons.

Le cas qui m'a engagé à songer à l'aimant est le suivant : préparant une cavité pour inlay de bridge dans une première prémolaire inférieure droite, un de mes forets-vrilles se brisa à environ trois millimètres de la pointe dans le fond de la racine.

Je ne pouvais ouvrir trop largement la cavité sous peine d'affaiblir considérablement la dent et d'en compromettre la solidité en vue de l'effort que j'allais lui demander de fournir comme point d'appui du bridge.

Avec le Beutelrock le plus fin, je passai autour du foret et, petit à petit, j'arrivai à le décoincer, je le voyais parfaitement remuer dans le fond de la racine, mais aucune pince, précelle ou sonde ne pouvait le saisir. Après une demi-heure d'énervement, je renvoyai ma patiente et songeai à l'aimant. Je fabriquai tout de suite un électro-aimant et, à la visite suivante de ma patiente, dès l'approche de mon instrument, le foret fracturé se trouvait attiré.

J'ai fait faire alors un électro-aimant des plus simples, pouvant s'adapter sur tous les tableaux, à l'emplacement de la petite lampe de bouche, ou se brancher directement sur toute lampe à l'aide du fil ayant à l'extrémité une lampe ordinaire de cinquante bougies (c'est-à-dire non métallique) dans laquelle passe d'abord le courant et qui sert ainsi de résistance.

Je souhaite que vous n'ayez jamais besoin de ce procédé, mais dans le cas où vous y auriez recours, vous pourrez peut-être vous éviter des moments de véritable énervement.

Je ne veux pas terminer sans rappeler que M. Touchard, il y a une vingtaine d'années, fit des essais à l'aide d'un aimant ordinaire à doubles branches.

Il eut, paraît-il, de bons résultats, quoique son appareil fût bien moins fort et beaucoup moins maniable que celui que je vous présente.

La puissance magnétique se mesure par le poids que l'aimant peut soulever.

Les instruments fracturés que nous pouvons avoir à extirper ne pèsent pas en général 5 décigrammes ; mon électro-aimant a une force portante de 250 grammes à la partie la plus large de la tige et de 100 grammes à la pointe ; c'est là, je crois, suffisant, si toutefois l'instrument est décoincé.

A QUEL AGE DOIT-ON ENTREPRENDRE UN REDRESSEMENT ?

Par A. PONT,
Directeur de l'Ecole dentaire de Lyon.

(Suite et fin.)

Si nous examinons enfin comment se fait la nutrition dans le cas des malpositions dentaires et quelle est la conséquence de ces dernières sur l'état général, nous verrons qu'ici encore il y a une foule de raisons qui nous commandent d'agir le plus vite possible.

A mesure que le degré de malocclusion augmente, la mastication devient de plus en plus difficile et je pourrais vous citer l'observation d'un jeune homme de 18 ans qui, atteint d'un prognathisme s'accentuant de jour en jour, avait fini par ne plus pouvoir triturer des aliments solides et en était réduit à une alimentation exclusivement liquide. La mastication étant insuffisante, des troubles de la digestion ne tardent pas à apparaître : l'enfant se développe mal. De plus, l'insuffisance nasale amène comme conséquence la respiration buccale et nous avons ainsi un terrain tout préparé pour la tuberculose pulmonaire.

En somme, nous avons de nombreux et de très grands avantages à commencer très tôt, le plus tôt possible, le traitement de la malocclusion. Cependant l'opinion ancienne devait bien être basée sur quelques raisons. Voyons donc ces raisons ou, pour mieux dire, voyons s'il y a quelques inconvénients à commencer un redressement avant l'âge de 12 ans.

Les dents, disent ceux qui défendent l'opinion ancienne, sont plus faciles il est vrai à redresser dans le jeune âge, mais la contention est bien plus difficile ; et ils ajoutent : lorsque le redressement est fait trop tôt, les lésions se reproduisent assez rapidement, la principale cause des récidives étant la difficulté de la contention. D'une façon générale, on a pu dire avec raison qu'il est plus difficile de maintenir que de ramener une dent dans sa nouvelle et bonne posi-

tion, mais la contention n'est pas plus difficile avant 12 ans qu'après cet âge-là, et je dirai même qu'en règle générale elle est plus facile. Chez les jeunes sujets elle se fait parfois même toute seule et sans appareil.

Si autrefois les récidives étaient fréquentes, c'est qu'on ne s'occupait pas assez de rétablir l'occlusion dans son état normal ; c'est parce qu'on faisait souvent des extractions intempestives, c'est parce qu'on connaissait mal l'étiologie des malpositions dentaires et qu'on ne cherchait pas à en supprimer la cause ; pour tout dire en un mot on faisait des redressements, mais non de l'orthodontie.

On a donné aussi comme raison de l'intervention précoce que, les tissus étant moins résistants, les dents se déplaçaient trop rapidement. On pouvait amener ainsi, non seulement un arrêt de la calcification de la racine, mais en outre des troubles du côté de la pulpe pouvant aller jusqu'à la nécrose.

Ceci n'est pas une raison pour nous empêcher d'intervenir tôt, il suffit d'être averti de ces dangers pour agir de façon à les éviter. On a dit aussi que l'anchorage était plus difficile à établir chez l'enfant parce que les points d'appui sont peu nombreux et ceux qui existent peu solides. Mais la force à déployer étant moindre, tout est relatif, et le redressement est toujours possible. Toutefois cette objection est peut-être celle qui doit nous arrêter le plus, car dans certains cas, en raison de la difficulté de l'anchorage, il peut arriver que le redressement, tout en étant possible, soit plus délicat à faire qu'à 11 ans, et qu'en tout cas il ne soit pas plus facile, ni plus rapide. Nous reviendrons plus loin sur ces cas exceptionnels.

Mais, ajoute-t-on, il n'y a pas seulement une difficulté plus grande de placer l'appareil chez les enfants, mais aussi une difficulté plus grande de le faire supporter par le petit malade. Ceci n'est pas une raison suffisante, car alors on pourrait faire la même objection pour toute espèce de traitement des dents temporaires.

D'une façon générale, cependant, les appareils et surtout les appareils inamovibles sont bien tolérés par les enfants.

D'autre part, à cet âge on peut mieux en surveiller l'action, car plus l'enfant est jeune, moins il y a d'inconvénients à lui faire interrompre ses études, si cela est nécessaire pour la facilité du traitement. Enfin une des plus grandes objections contre l'intervention précoce, c'est que, en redressant une dent, on ne sait pas s'il ne faudra pas en redresser d'autres plus tard et si, lors de l'apparition des canines permanentes et des deuxièmes molaires, de nouveaux déplacements ne se produiront pas. Mais nous avons montré au contraire qu'en abandonnant la malocclusion à elle-même les lésions ne peuvent que s'aggraver. Si l'on supprime la cause et si l'on rétablit une occlusion normale, les récidives ne sont plus à craindre. En supposant qu'exceptionnellement les lésions puissent se reproduire, elles seront dans tous les cas toujours plus simples et par conséquent plus faciles à traiter.

Pour tâcher d'apporter le plus de clarté possible dans cette question, nous envisagerons maintenant le côté clinique ou, si l'on veut, pratique. Pour cela nous diviserons les enfants en trois catégories : ceux au-dessous de 6 ans, ceux au-dessus de 12 ans, et ceux entre 6 et 12 ans.

Au-dessus de 12 ans il n'y a pas de discussion possible, il faut intervenir immédiatement après avoir pris, bien entendu, les précautions que l'on doit prendre avant de commencer un redressement. Ici je devrais vous parler de ce que l'on a appelé les redressements tardifs, c'est-à-dire des redressements entrepris sur des sujets au-dessus de 18 ans. Il résulte des observations qui ont été publiées et dont je me dispense de faire l'historique que ces redressements peuvent être entrepris pour ainsi dire à tout âge, mais présentent de grandes difficultés ; l'arthrite alvéolo-dentaire peut apparaître facilement et provoquer des troubles très graves du côté de la pulpe et des ligaments et enfin la contention est d'autant plus difficile et plus longue que le sujet est plus âgé.

Personnellement j'ai fait quelques redressements chez des sujets âgés de plus de 18 ans, mais je n'en ai jamais entrepris au delà de 25 ans.

Les irrégularités de position des dents sont rares, comme je l'ai déjà dit, dans la première dentition et par conséquent dans la catégorie des enfants au-dessous de 6 ans. Toutefois, il y a ici deux variétés de malocclusion que l'on rencontre quelquefois et qui, le plus généralement, sont d'origine héréditaire : je veux parler du prognathisme et du rétrognathisme. Ces déformations doivent être traitées le plus tôt possible, car, en raison des altérations qu'elles provoquent, elles peuvent devenir plus tard difficilement réductibles, pour ne pas dire irréductibles. On obtient des résultats d'autant plus rapides qu'on intervient plus rapidement.

Je citerai entre autres l'observation de deux enfants, le frère et la sœur, M. R. L..., âgé de 4 ans, et Mlle P. L..., âgée de 2 ans 1/2, tous deux atteints de prognathisme, surtout prononcé chez la fillette. Le traitement fut terminé en 6 mois. Il ne fut pas placé d'appareil de contention parce que je jugeai cet appareil inutile ; il n'y a pas eu de récidive, l'articulation s'est maintenue normale.

Ainsi donc nous devons admettre que la question d'âge ne doit pas intervenir avant 6 ans et après 12 ans. Pendant ces périodes, si rien ne s'oppose au traitement orthodontique, celui-ci doit être entrepris immédiatement.

Mais entre 6 et 12 ans, cette règle ne doit pas être aussi absolue et, à mon avis, comporte quelques exceptions. Le praticien doit faire preuve avant tout de sens clinique. En orthodontie comme en thérapeutique générale on ne peut pas établir des équations, et il serait par trop simple et trop facile si l'on pouvait dire dans tous les cas : malocclusion égale, redressement immédiat.

Il y a donc des exceptions, et en première ligne je citerai les malpositions dentaires qui se redressent spontanément sans le secours d'aucun appareil. La guérison peut se faire :

1° Soit par la tonicité et la force musculaire ;

2° Soit par la simple suppression de la cause ;

3° Soit par l'éducation de la volonté du patient (Frey).

Il est difficile de décrire les cas qui rentrent dans la première catégorie et cela nous entraînerait trop loin ; d'ail-

leurs le bon sens et quelque peu de clinique suffisent pour les dépister. Je puis néanmoins vous montrer les moulages d'un cas qu'on observe trop souvent pour ne pas vous l'indiquer. Il s'agit de ces enfants dont les incisives centrales inférieures évoluent en arrière de l'arcade du côté lingual, par conséquent en rétroversion, avec très souvent une légère rotation sur l'axe. Dans l'observation que je vous présente il semblait d'autre part que l'espace laissé libre en avant par la chute des deux dents temporaires correspondantes était par trop insuffisant. L'expérience démontre que dans les cas semblables il vaut mieux en général ne pas intervenir, car au bout de quelques mois ou d'un an au maximum les dents, grâce à la poussée des muscles de la langue, reprennent leur position normale. L'important, c'est de s'assurer qu'il n'y a pas d'atrésie des maxillaires, dans le cas contraire l'expectative n'est plus de mise et il est préférable d'intervenir.

La suppression de la cause, et ici je fais surtout allusion à la suppression des habitudes vicieuses (succion du pouce, de la langue, etc...), est également un facteur de guérison spontanée et Francis Jean en a signalé un cas très intéressant l'année dernière.

L'état de la bouche doit être examiné attentivement. De 6 à 12 ans l'enfant est dans une période que l'on pourrait appeler l'âge ingrat de la dentition. Les dents permanentes qui viennent d'apparaître n'ont pas encore terminé leur évolution et la calcification radiculaire est incomplète. Nous avons insisté sur le danger qu'il y a de les déplacer trop brutalement, sur le peu de prise qu'elles offrent parfois pour l'anchorage ; si en outre les dents temporaires qui restent sont plus ou moins ébranlées ou cariées, on voit combien la mastication sera troublée puisqu'elle ne pourra se faire ni au moyen des dents permanentes, ni au moyen des dents caduques. C'est pourquoi, si à ces causes d'ordre anatomique vient s'ajouter un mauvais état général, si l'enfant est en convalescence d'un pyrexie quelconque ou si la croissance provoque de la fatigue ou bien encore s'il y a le

moindre trouble du côté du système digestif, etc..., etc..., il ne faut pas hésiter à retarder le traitement. Je ne veux pas dire que ces contre-indications tirées de l'état général ne doivent pas être prises en considération après 12 ans ou avant 6 ans, mais à l'époque qui nous occupe elles doivent être encore mieux recherchées et examinées, car elles ont une importance bien plus grande.

La cause de la malocclusion doit également être prise en considération. Nous avons déjà vu que les déviations dentaires qui sont la conséquence d'habitudes vicieuses peuvent se modifier spontanément ou tout au moins s'améliorer lorsque la cause est supprimée. Il en est de même de certaines malocclusions consécutives à la persistance trop grande de dents de lait. Dans tous les cas il serait préférable de temporiser et de mettre le malade en observation. Notre attention devra également être attirée du côté de la nature ou plutôt de la classe de la malocclusion. Lorsque les premières molaires supérieures et inférieures sont en rapport anormal et que par conséquent le cas doit être rangé dans la deuxième ou la troisième classe d'Angle, il est évident que le traitement doit être entrepris sans retard. Ce que j'appellerai les petites contre-indications doivent alors être complètement négligées. Mais par contre si le sujet est âgé de 8 ou 9 ans environ et si la malocclusion appartient à la première classe d'Angle il peut n'y avoir pas d'inconvénients à retarder le redressement de 2 ou 3 ans, il peut même y avoir avantage à le faire, d'après ce que nous avons dit à propos de l'influence de l'état local ou général. Je ne puis insister comme je le voudrais sur ce point de la question. J'espère néanmoins vous avoir montré suffisamment le danger d'adopter sans réserve les idées nouvelles.

Il me reste maintenant à vous parler du traitement prophylactique ou préventif. Il ne faut pas perdre de vue, en effet, que le traitement curatif, c'est-à-dire la pose d'un appareil quelconque, n'est pas le seul traitement orthodontique. Ici comme partout le traitement préventif a une grande importance et doit précéder le traitement curatif.







Ce traitement doit se faire à tout âge et le plus tôt possible. Je n'ai pas à le décrire ici. J'insisterai seulement sur la grande utilité de l'étude de la prophylaxie des malpositions dentaires. Peu de travaux ont été publiés sur cette question et il serait à souhaiter qu'elle fût mise à l'ordre du jour dans un prochain Congrès.

Pour résumer cette communication je vous propose les conclusions suivantes :

1° L'orthodontie est, à l'heure actuelle, une véritable science, et nous pouvons établir d'une façon méthodique les indications et les règles du traitement des malpositions dentaires.

2° Toutefois, comme dans toute science nouvelle, il y a encore un grand nombre de questions qui doivent être étudiées et précisées et en première ligne : « A quel âge doit-on entreprendre un redressement ? »

3° Deux opinions paraissent résumer l'état actuel de la question : l'ancienne méthode qui préconisait l'âge de 11 à 16 ans comme l'époque la plus favorable pour entreprendre un redressement ; la nouvelle école, au contraire, admettant qu'il faut entreprendre le traitement des malpositions dentaires dès qu'elles se présentent et par conséquent dès leur début.

4° Pour des raisons que nous avons exposées dans le cours de ce travail on voit qu'il faut se rallier à cette dernière opinion, mais en faisant des restrictions pour les enfants de 6 à 11 ans, c'est-à-dire pendant la période de remplacement des dents temporaires, que l'on pourrait appeler l'âge ingrat de la dentition.

5° Dans ces cas la formule rigoureuse de la nouvelle école doit être discutée par le clinicien, qui ne devra se prononcer qu'après un examen sérieux de l'état local, de l'état général et de la nature des malpositions.

6° A part ces légères restrictions il faut donc entreprendre le traitement des malpositions dentaires dès l'âge le plus tendre et parmi les enfants que j'ai traités avant l'âge de 6 ans j'ai signalé celui d'une fillette de 2 ans 1/2 chez laquelle j'ai obtenu un résultat rapide et favorable.

7° Si pour une raison quelconque un adulte porteur de

malpositions dentaires ne s'est jamais fait traiter on peut et on doit entreprendre le traitement.

8° Il ne faut pas perdre de vue que le traitement curatif, c'est-à-dire la pose d'un appareil quelconque, n'est pas le seul traitement orthodontique. Ici comme partout le traitement préventif a une grande importance et doit précéder le traitement curatif. Il doit donc être fait à tout âge et le plus tôt possible.

9° L'orthodontie est maintenant une véritable science, avons-nous dit, mais la prophylaxie des malpositions dentaires est encore dans l'enfance ; c'est dans cette voie que nous devons travailler.

*
* *

Je fais reproduire ci-contre quelques-uns des modèles qui m'ont servi pour les projections destinées à compléter cette communication. Il m'est difficile, on comprendra pourquoi, de reproduire ici tous ces clichés et principalement les photographies.

La figure 1 représente le modèle avant et après le traitement d'une fillette de 10 ans qui avait un léger prognathisme supérieur avec une rétropulsion du maxillaire inférieur très prononcée. Les lésions avaient amené un trouble considérable dans l'esthétique faciale et s'accentuaient de plus en plus chaque jour. Il fallait donc intervenir rapidement et ne pas atteindre l'âge de 12 ans. C'est ce qui fut fait, malgré la présence de dents temporaires qui compliquaient un peu le traitement.

La figure 2 montre le moulage avant et après le traitement d'un petit garçon de 9 ans et d'une fillette de 9 ans et demi. Ces deux cas, qui se ressemblaient beaucoup, présentaient un faux prognathisme inférieur dû à une rétropulsion des dents antéro-supérieures. Les lésions allaient en s'accentuant et le profil devenait de plus en plus anormal. Malgré le jeune âge et la présence de nombreuses dents temporaires, il était indiqué ici encore d'intervenir.

Le cliché n° 3 représente les moulages de trois cas pris au hasard parmi ceux dans lesquels il est préférable d'attendre l'âge de 12 ans pour faire le redressement. Nous avons fait allusion à ces différentes observations dans le courant de ce travail et il est inutile que nous y insistions plus longtemps.

REVUE ANALYTIQUE

Traitement prophylactique des accidents consécutifs aux injections de cocaïne.

M. le médecin principal Gruet indique dans le *Caducée* (n° 11) le moyen prophylactique qui lui a toujours réussi pour combattre les accidents de la cocaïne ; ce moyen est basé sur la propriété qu'ont la morphine et le café de provoquer la congestion du système cérébro-spinal. Toutefois la morphine n'est guère utilisable, parce que, chez certains sujets, elle provoque des vomissements, une excitation parfois très vive et de la pâleur de la face au lieu de la rougeur habituellement observée.

En remplaçant la morphine par l'extrait d'opium à la dose de deux centigrammes et demi dans une infusion de café de deux cents grammes, on obtient, au contraire, une vaso-dilatation constante sans aucun phénomène accessoire gênant ; on constate les effets signalés par Gubler, c'est-à-dire une réaction exactement opposée à celle provoquée par la cocaïne, dont les accidents sont produits par la vaso-constriction des vaisseaux du bulbe.

Si le mélange sus-indiqué ne réagit pas plus que la morphine contre le poison déjà absorbé, en revanche, il se montre d'une efficacité constante pour prévenir les accidents lorsqu'il est administré une demi-heure avant l'injection hypodermique. Le visage du patient se colore fortement, les yeux deviennent brillants. Sous l'influence de la cocaïne, la vaso-dilatation cesse en grande partie, et, à la fin de l'opération, le visage conserve sa coloration normale, le pouls n'est pas impressionné ; il n'y a aucune menace de syncope, même si le blessé est obligé de marcher.

Une expérience basée sur plus de cinq cents observations permet à M. Gruet d'affirmer que ce procédé donne une sécurité absolue avec des doses de cocaïne de cinq à six centigrammes.

Il emploie la solution à 1 pour 200, dont l'effet analgésique est très suffisant, pourvu qu'elle soit fraîchement préparée. Cette dernière condition est de rigueur, parce que la cocaïne en solution perd de son pouvoir analgésiant et subit des altérations qui en rendent l'emploi particulièrement dangereux.

Avec dix ou douze centimètres cubes de la solution 1 pour 200, représentant 5 à 6 centigrammes de cocaïne, on peut conduire, dans des conditions d'anesthésie parfaites, les interventions les plus longues.

La méthode est surtout indiquée dans les opérations qui ne permettent pas d'alimenter le malade immédiatement avant l'intervention, dans la hernie par exemple. L'opium pourrait troubler la digestion et provoquer des vomissements s'il était administré immédiatement après le repas.

Dans la pratique, il peut être plus facile de remplacer l'extrait d'opium par 15 gouttes de laudanum.

M. Gruet pense que par cette méthode on est certain de réduire au minimum le risque des accidents cocaïniques qui peuvent survenir pendant ou après l'opération.

Dans la pleurotomie, où l'anesthésie générale est si dangereuse, une injection de deux centimètres cubes de la solution de cocaïne à 2 pour 100 sera parfaitement tolérée. Le liquide pourra être porté au contact de la plèvre : le malade n'accusera qu'une douleur insignifiante ; l'entrée de l'air dans la plèvre sera moins pénible, les réactions pleurales étant beaucoup amoindries.

En résumé, si cette médication n'est pas indispensable, elle est toujours utile et surtout elle n'est jamais nuisible, avantages qui doivent la recommander à l'attention des praticiens.

(*Archives de stomatologie*, septembre 1911.)

Fracture du maxillaire inférieur compliquée de section complète de l'artère faciale.

Relativement fréquentes, les fractures du maxillaire inférieur n'offrent généralement de l'intérêt qu'au point de vue de la difficulté de la contention des fragments, lesquels se déplacent si aisément qu'une consolidation disgracieuse est souvent la conséquence de ce traumatisme. L'observation que cite M. Walter Cramp (*Med. Record*, n° 11) mérite l'intérêt à un tout autre titre. Il s'agit, en effet, d'un cas à complication rare, sinon unique : l'artère faciale a été sectionnée complètement par le rebord tranchant du fragment du maxillaire inférieur brisé, au niveau de l'insertion massétérine, à la suite d'une chute lourde sur le sol, le sujet étant en état d'ivresse. Le sang coulait en abondance. La plaie fut tamponnée et pansée et ce n'est que le lendemain, alors que du sang continuait à s'écouler au dehors et qu'un vaste anévrysme faux menaçait le larynx, qu'une intervention eut lieu et qu'on constata la section complète de l'artère faciale et une plaie contuse de la veine. Les deux vaisseaux furent liés, les fragments osseux remis en place, la plaie suturée. On ne tenta pas de suture osseuse, car la situation était grave ; en effet, une trachéotomie s'imposait, en raison de l'extravasation sanguine qui s'étendait le long du cou jusqu'à la poitrine, et qui, comprimant le larynx, entravait sérieusement la respiration.

L'ivrogne guérit, d'ailleurs, complètement, ce qui prouve que dans tous les pays le proverbe français est toujours vrai.

(*Bulletin Médical.*)

Le rechaussement des dents par l'autoplastie.

M. P. Rosenthal fait connaître dans le *Laboratoire* le procédé suivant qu'il a imaginé dans le but de remédier au déchaussement des dents, lorsque celui-ci n'est pas dû à l'expansion d'un dentier.

Avant toute chose, il faut procéder à un nettoyage mécanique très soigneux de la dent et restaurer ainsi son contour à l'aide d'une obtu-

ration en or s'il y a lieu, la gencive ne supportant pas le contact d'autres matières obturatrices.

La technique opératoire est la suivante : On commence par badigeonner largement le champ opératoire avec de la teinture d'iode. On fait au-dessus de la dent une incision perpendiculaire à son grand axe et de la largeur de la dent elle-même ; il faut que l'incision soit située assez haut pour qu'elle donne un lambeau assez important en vue de la vascularisation et de la restauration future du liseré gingival normal.

L'incision doit aussi aller profondément et intéresser le périoste. On fait ensuite pénétrer entre la dent et le lambeau une fine rugine de façon à bien le décoller et le mobiliser ; il faut le libérer soigneusement sur les côtés et sur toute sa hauteur pour lui donner le plus de mobilité possible. On passe ensuite un fil de soie bien stérilisé à travers le lambeau et parallèlement à l'incision première, vers le milieu du lambeau et dans presque toute sa largeur. Puis on passe un second fil de soie qui entoure la dent dans toute sa partie libre. Avant de lier ce fil, on passe un des chefs du premier fil entre la dent et sa ligature : on lie solidement la dent et on attire le lambeau à l'aide de son fil de façon que la partie décollée de la gencive vienne recouvrir la dent, mais un peu plus que normalement, ceci à cause de la rétraction qui est la conséquence de la cicatrisation.

Une fois le fil bien lié, on badigeonne de nouveau de teinture d'iode et la plaie et les fils. On renouvelle ce traitement antiseptique tous les jours.

Dès le second jour, on procède à un massage de la gencive dans le sens du grand axe de la dent de façon à accentuer la descente de la gencive sur la dent. Dès le cinquième ou le sixième jour on peut enlever les fils ; à ce moment la cicatrisation est assez avancée pour que le lambeau ne puisse plus remonter. La petite plaie supérieure se comble complètement et on n'aperçoit bientôt plus trace de l'intervention. A ce moment la gencive a repris définitivement sa position normale.

(*Laboratoire*, 19 nov. 1911.)

Méthodes récentes du traitement des états hémorragipares.

De l'étude approfondie de la pathogénie et du traitement des troubles de la coagulation du sang et des hémorragies, l'auteur, M. Petitjean, aboutit aux conclusions suivantes :

Les causes amenant, en pathologie, des troubles de la coagulation du sang et des hémorragies sont multiples.

Parmi ces causes, la mieux connue peut-être est l'absence ou la diminution du fibrinogène dans les maladies du foie ou dans les affections comportant une altération de cet organe.

On est, malgré de nombreux travaux, encore insuffisamment renseigné sur les causes immédiates ou lointaines de certains états hémorragipares bien individualisés en clinique.

La connaissance exacte de la pathogénie de ces affections n'abouti-

rait peut-être pas, du reste, à la découverte d'un traitement plus efficace.

Quelques thérapeutiques récentes marquent un véritable progrès dans le traitement d'un certain nombre d'états hémorragipares : applications locales d'extraits d'organes ; injections sous-cutanées de sérum frais ou de propeptones.

Les extraits d'organes agissent localement par l'apport de « coagulines ».

Ces moyens ne constituant pas sans doute des médications *spécifiques* ou *pathogéniques* au sens le plus étroit de ces mots, on pourra espérer améliorer par eux, sinon guérir, des états hémorragipares de causes et de modalités différentes.

Mais leur efficacité n'est pas constante. Parfois ils modifient de façon favorable les hémorragies, sans avoir d'action marquée sur les troubles de coagulation. Parfois ils échouent complètement ; c'est notamment chez les purpuriques que les échecs ont été le plus fréquemment observés.

Dans la pratique, nous rappellerons qu'on peut injecter n'importe quel sérum de cheval, simple ou spécifique, le sérum antidiphtérique en particulier, en donnant d'emblée une dose suffisante et répétant au besoin l'injection à bref délai, pour éviter autant que possible l'anaphylaxie sérique. Ce traitement peut être combiné avec l'action du chlorure de calcium (potion de 2 à 4 grammes), bien que l'influence de cette dernière médication soit contestée à l'heure actuelle.

(*Tribune Médicale.*)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE D'ORTHODONTIE

Par RAOUL HEIDÉ.

Les 15 et 16 octobre 1911 eut lieu à Hambourg le 3e congrès annuel de la *Deutsche Gesellschaft für Orthodontie.*

Une centaine de confrères avaient tenu à se rendre dans cette ville pour prendre part aux travaux tant comme auditeurs que comme démonstrateurs.

On remarquait dans l'assistance : MM. Körbitz, Dr Warnekros et Simon, de Berlin ; Herbst, de Brême ; Prof. Pfaff et Dr Lewin, de Leipzig ; Prof. Witzel ; Slotthauer, de Breslau ; Seckers et Andresen, de Copenhague ; Mayerhöffer, Floris et Spuitner, de Hambourg.

Le sujet à l'ordre du jour était : *L'expansion des maxillaires.*

Les communications furent faites sous la présidence de M. Körbitz, le président Kunert (de Breslau) ayant été empêché par maladie de se rendre au congrès.

M. Schrœder Benseler (Cassel) prit le premier la parole sur des considérations anatomiques générales et traita de l'élargissement des maxillaires dans leur rapport avec les narines et les cornets.

Dans un arc normal les cornets supérieur, moyen et inférieur sont également éloignés du septum nasal, lorsque la partie antérieure du maxillaire supérieur est normale, mais la partie postérieure trop large ; les cornets inférieurs sont plus éloignés au contraire lorsque la partie postérieure est trop étroite, les cornets inférieurs sont plus rapprochés.

Il parla ensuite des dimensions d'un arc dentaire normal et à ce sujet il cita les chiffres suivants pour le maxillaire supérieur.

Distance entre les deux canines............	25 m/m
— — — deux 1res prémolaires.....	30 —
— — — deux 2mes prémolaires.....	35 —
— — — deux 1res molaires........	40 —
— — — deux 2mes molaires........	45 —

Ces chiffres paraissent un peu faibles quoiqu'ils aient été donnés par M. Schrœder comme maximums.

M. Heydenhaus, de Berlin, avait à traiter de l'historique des différentes méthodes employées pour « l'expansion des maxillaires ». Trois méthodes ont été et sont encore employées par les dentistes pour élargir les maxillaires :

1° Les appareils de Coffin, seulement selon Heydenhaus ces appareils ne présentent pas tous les avantages que l'on pourrait en atten-

dre, car comme ils ne sont pas fixes, les malades ne les portent pas, et d'autre part ils occasionnent facilement une dilatation du maxillaire supérieur ;

2° Les appareils à vis créés par Haskel en 1890 et modifiés par Heydenhaus en 1895 ;

3° L'arc d'expansion d'Angle employé par presque tous les orthodontistes à l'heure actuelle.

M. Emil Herbst, de Brême, montra diverses projections de modèles et de photographies de maxillaires élargis à l'aide de ses divers appareils personnels.

M. le prof. Pfaff, de Leipzig, s'occupe des appareils de rétention dans le cas d'expansion des maxillaires ; il préconise les appareils fixes se composant de bagues reliées entre elles par un arc intérieur ; il considère ce mode de rétention comme le meilleur procédé existant aujourd'hui.

M. Zielinsky, de Berlin, avait choisi pour sujet : « Les avantages et les inconvénients des appareils et des méthodes employées ».

Il dit que la méthode qui lui présentait le moins d'inconvénients était celle qu'il employait lui-même, celle des arcs, et il nous fit défiler devant les yeux de jolies projections de cas traités par lui.

Au grand regret de tous, *M. Wolpe*, d'Offenbach, n'a parlé que trop brièvement pour dire qu'il commence un redressement dès qu'il s'aperçoit de la moindre anomalie.

M. Boltem, de Husum, traite de l'expansion des maxillaires sur les sujets n'ayant encore que leurs dents de lait.

M. Körbitz, qui étudie toujours l'arc d'expansion, a abordé la question de l'expansion du maxillaire pour les dents de lait et pour les dents permanentes. Il emploie trois facteurs, les fils de soie, les ligatures de métal et les caoutchoucs ; grâce à cela il arrive à faire effectuer aux dents tous les mouvements dont il avait besoin pour rétablir l'articulation normale. Il voit ses malades une fois par semaine, mais il lui arrive également de n'en voir certains, ceux qui habitent la province ou l'étranger, qu'une fois tous les quinze jours et même une fois tous les mois et, malgré cela, il obtient le même résultat, c'est-à-dire l'occlusion normale.

Toutes ces communications ayant duré plus longtemps qu'on ne le pensait les démonstrations pratiques qui devaient avoir lieu le dimanche ne purent être faites et la journée se termina par un banquet réunissant tous les orateurs du matin ainsi que tous les congressistes.

De nombreux toasts furent portés et entre autres l'humble signataire de cet article leva son verre pour remercier, au nom de *L'Odontologie*, la *Deutsche Gesellschaft für Orthodontie* de son invitation et pour lui souhaiter une bonne continuation dans la voie du progrès.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LA SITUATION PROFESSIONNELLE

Par P. MARTINIER.

A la réunion du GROUPE DES AMIS DES ECOLES DENTAIRES *qui a précédé l'assemblée générale du 12 décembre de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, M. P. Martinier, qui présidait, a prononcé l'excellente allocution suivante qu'il nous a paru intéressant de publier dans les circonstances actuelles.*

Messieurs et chers confrères,

J'eusse été bien embarrassé pour prendre la parole ce soir, si je n'avais eu la bonne fortune d'assister, pendant quelques instants, à votre dernière réunion. Je venais avec un de mes collègues de remplir un devoir professionnel, lorsque j'arrivai parmi vous au moment d'une discussion agitée où deux opinions opposées étaient émises : l'une, excellemment développée par mon honorable prédécesseur M. Fourquet, champion pacifiste de l'entente quand même entre les dentistes, et l'autre, véhémentement exposée par le vétéran le plus éminent de nos luttes professionnelles, M. Godon, qui se déclarait nettement prêt au combat.

Pour je ne sais quelles raisons, qui me paraissent incontestablement dictées par un sentiment de sympathie, vous avez bien voulu me porter à la présidence de la réunion de ce soir.

Je puis vous assurer que je n'y étais nullement préparé.

Je dois vous en remercier, car, en dehors de l'honneur que vous m'avez fait, mes chers confrères, vous m'offrez le plaisir de remplir une mission que je considère comme un devoir, et j'entends ne point m'y soustraire.

Eloigné de la politique professionnelle depuis cinq ans, indépendant dans les luttes intestines actuelles, possédant des amitiés dans les différentes Sociétés et ayant renoncé désormais à occuper d'autres fonctions que celles que j'occupe dans l'enseignement d'une des écoles, je suis dans une position un peu spéciale, qui me permet de vous dire très franchement ce que je pense de la situation actuelle.

* * *

Je désire vous faire connaître ce soir les craintes qui m'assaillent et qui me font dénoncer le péril que je vois apparaître pour les chi-

rurgiens-dentistes et pour l'odontologie. Ce péril, que je n'ai point l'intention de découvrir, car chacun de vous en est pénétré, réside :

1° Dans la discorde qui règne actuellement parmi les dentistes ;

2° Dans l'écho des chants de victoire que l'on entend résonner du côté de notre ennemie de vieille date : la stomatologie.

*
* *

Au sujet de ces deux questions que doit-on faire ? Quelle voie devons-nous suivre pour arriver à faire triompher les idées qui nous sont chères ? La situation professionnelle présente doit être examinée avec une grande attention, et faire l'unique objet de nos préoccupations.

En ce qui concerne la discorde parmi les dentistes, n'y a-t-il pas lieu de songer immédiatement au seul moyen qui donne satisfaction à nos intérêts communs ? Qui donc oserait s'élever contre la conciliation et contre l'union, si elles étaient possibles.

Certes, ce devrait être la solution de choix, celle qui devrait réunir l'unanimité des dentistes.

Nous sommes maintenant assez nombreux pour constituer une force qui, bien dirigée, bien canalisée, emporterait tout devant elle et rendrait impossible le retour offensif de nos vieux adversaires, les stomatologistes.

Hélas, je n'ose croire à cette union ; mais ceux qui me démontreraient par une argumentation serrée que l'entente est réalisable, en conservant à chacun des groupes ses éléments essentiels, ses principes si opposés, trouveraient en moi un prosélyte convaincu et dévoué à cette cause si juste et si fertile en heureuses conséquences.

Malheureusement, l'état actuel des polémiques et les positions occupées par les différentes Sociétés en désaccord ne me permettent pas d'espérer cette solution cependant si souhaitable.

La querelle entre les sociétés et les personnalités qui les dirigent ou qui s'agitent autour d'elles me paraît avoir pour origine des motifs plus graves que de misérables questions de personne.

Nous étions en grand nombre restés fidèles à l'idée que les écoles devaient représenter à nos yeux l'enseignement des dentistes, ainsi que leur développement scientifique et technique, grâce à leurs Sociétés fondées à cet effet, et nous nous en remettions volontiers à elles lorsqu'il s'agissait de veiller au recrutement de notre profession.

D'un autre côté, nul ne conteste les efforts louables et couronnés de succès qu'ont tentés les syndicats dentaires parisiens et provinciaux pour défendre les intérêts professionnels légaux, ainsi que la diffusion et l'application des règles de la déontologie.

Je crois que nous aurions pu vivre longtemps en bonne intelligence, si chacun de ces groupements s'en était tenu à cette base de son programme.

Les débats actuels révèlent qu'il n'en est point ainsi : la violence des discussions, les attaques sans limites et sans courtoisie de ces derniers mois ont alarmé ceux qui, gardant leur sang-froid, voient, au delà de la vivacité des passions, l'avenir incertain de notre profession.

Tous ceux qui se souviennent du passé, qui ont gardé la reconnaissance naturelle qu'ils doivent éprouver pour les écoles, qui ont admiré les efforts tentés depuis 35 ans pour donner au dentiste la situation enviée qu'il occupe aujourd'hui, doivent se lever pour la défense d'idées communes et aucun d'entre eux ne saurait rester indifférent devant cette lutte décisive pour l'avenir.

Si je suis à cette place ce soir, c'est parce qu'il y a une institution attaquée et calomniée publiquement ; si l'on doit lutter pour les écoles, qui nous ont instruits et qui nous ont permis d'acquérir par le travail la situation que nous voulions occuper, faites-moi une place, si petite soit-elle, je tiens à la tenir, et à la bien tenir.

Je suis, en effet, persuadé que, si notre profession est devenue ce qu'elle est actuellement, si elle est appelée à devenir ce que nous voulons qu'elle soit, c'est aux efforts des écoles et de leurs fondateurs qu'on le doit et qu'on le devra.

*
* *

Mais, avant d'examiner les raisons pour lesquelles la défense des écoles s'impose à de nombreux points de vue, permettez-moi de vous exposer succinctement comment j'ai été amené à penser que ce n'est pas le mécontentement de quelques personnalités, ni la mésentente entre l'Administration d'une des écoles et plusieurs de ses professeurs, qui sont en cause dans ce débat.

S'il n'y avait eu que des attaques contre le président-directeur d'une de ces écoles, s'il n'y avait eu que quelques écarts de plume ou de langage contre lui, je ne croirais pas la situation si dangereuse et je l'eusse laissé se défendre. Je suis bien persuadé d'ailleurs qu'il eût été homme à le faire avec une grande vaillance.

Ce qui, à mon avis, constitue le péril, ce qui rend la situation grave, c'est le genre et l'objet des attaques. On ne fera croire à personne que le fait d'appeler l'Ecole dentaire de Paris (je cite textuellement) « une succursale des bazars dentaires de la capitale » dans laquelle « le racolage des élèves des lycées et l'exploitation des malades aisés sont organisés » constitue une attaque personnelle. Et je reste persuadé qu'il n'est pas plus raisonnable de déclarer qu' « il

existe en présence le côté des honnêtes gens, et les autres » et qu'enfin « le Syndicat est le seul groupement honnête de la profession ».

Quant à ceux qui parmi nous pourraient être partisans des idées de conciliation et d'union, sachez qu'ils représentent à cette heure — je cite toujours — « une coterie qui, voulant donner le baiser de Judas pour mieux nous étouffer, rampe dans la fange de son orgueil, le front bas, prête à donner dans le dos les coups de poignard ! »

En vérité, messieurs et chers confrères, n'êtes-vous pas d'avis que cela dépasse comme idées et comme expressions tout ce que l'on peut imaginer, surtout si l'on songe que cette prose est publiée pour être recueillie par nos ennemis, les stomatologistes ?

Et cependant qu'ont été pour les auteurs de ces retentissants articles les écoles et les sociétés qu'ils attaquent si violemment ?

Elles ont été la mère nourricière ; elles leur ont donné, grâce au dévouement de confrères autorisés, l'instruction professionnelle dont ils paraissent si fiers aujourd'hui.

Elles ont été la source d'émulation où chacun a pu venir puiser librement, pour développer son instruction professionnelle et pour favoriser l'évolution normale de la technique.

Elles ont fait tous leurs efforts pour augmenter sans cesse le bagage de nos connaissances et elles ont fait du dentiste français actuel un praticien digne et honoré dans tous les pays.

C'est pourquoi chacun de nous doit garder dans le cœur un sentiment d'infinie reconnaissance pour l'*alma mater*, et aussi un sentiment respectueux pour les hommes qui se sont consacrés à la fondation et au développement de ces écoles.

*
* *

Est-ce à dire que l'on doive toujours approuver ce que font les Conseils d'administration des institutions dont je parle ? Est-ce à dire que l'on ne puisse avec fierté et indépendance défendre des idées tendant à modifier, à perfectionner leurs différents rouages ? Je suis loin de le penser, car j'estime que, dans les sociétés basées, comme l'Ecole dentaire de Paris, sur le suffrage démocratique de tous ses membres, les assemblées générales sont faites pour qu'on y puisse développer par des arguments, et non par des discussions personnelles, tous les projets de réforme, toutes les observations que chacun désire y présenter sur les questions à l'ordre du jour.

Quelles que soient la violence et la passion que prend le débat, là au moins cela se passera chez nous, entre nous, et les journaux de la Stomatologie n'y pourront trouver des preuves inéluctables de nos divisions intestines.

Les écoles ont encore un grand rôle à jouer ; ce n'est donc point le moment de les battre en brèche. L'application du décret qui modifie les études dentaires commence seulement à voir le jour et déjà on peut en apprécier les effets heureux si l'on croit à la supériorité de l'enseignement unifié, méthodique et complet par les écoles.

Au point de vue de la politique professionnelle vis-à-vis des pouvoirs publics, rien ne peut nous faire regretter que sa direction soit restée si longtemps entre les mains de ceux qui l'ont gardée jusqu'ici, et ce n'est pas au moment du plus redoutable effort à fournir qu'il faut leur retirer notre confiance.

* * *

Mais, mes chers confrères, si ce que l'on vient de me dire est vrai, et je n'ai nulle raison de le mettre en doute, le Groupe des amis de l'Ecole doit encore triompher.

Près de trois cents confrères ont répondu immédiatement à l'appel qu'on leur a adressé ils ont compris que 35 ans de luttes, d'efforts de toutes sortes, de dévouement obstiné, de la part d'hommes que la profession honore, ne peuvent être balayés par un vent de fronde ou par un mouvement de mauvaise humeur de quelques impatients.

Ces confrères se sont demandé comme moi, à quoi aboutir it la défaite des défenseurs des Ecoles, en quelles mains leur direction, l'avenir de notre enseignement professionnel tomberaient, et ils ont compris le danger. Ce n'est pas tout de démolir et de jeter bas les idoles de la veille, il faut ensuite reconstruire d'une manière moderne une maison dans laquelle le confort doit s'unir à la solidité.

Quels sont ceux qui, délibérément, voudraient assumer cette lourde charge ? Quels sont ceux qui oseraient prendre en mains, sans que celles-ci tremblent, cette effrayante responsabilité ? Je voudrais bien savoir si quelques-uns y ont pensé, je ne le crois pas. Dans ce cas, ils ont failli à leur devoir, car cette raison seule aurait dû les retenir, s'ils ne veulent pas amener une débâcle qui n'atteindrait pas seulement quelques personnalités, mais bien la profession tout entière, dont l'avenir, au point de vue des principes odontologiques, serait à jamais compromis.

Aussi, messieurs et chers confrères, sans rien vouloir préjuger des décisions que vous allez prendre tout à l'heure, permettez-moi de vous dire que, si vous repoussez la conciliation parce que vous ne la croyez pas possible, si vous ne pensez pas qu'il existe un moyen de réaliser l'union qui serait la solution idéale, il faut aller au combat le cœur joyeux et léger.

C'est un vieux militant qui vous le dit ; puisqu'il s'agit de la lutte pour la défense de vos idées et de vos institutions, engagez-la

avec énergie et décision, organisez-vous méthodiquement pour assurer la victoire.

Lorsqu'on défend une cause que l'on croit juste et noble, il faut aller à la bataille bravement et loyalement. Souhaitez que la discussion soit large et complète ; frappez de bons coups, et si quelques-uns d'entre vous en reçoivent, ils se consoleront en pensant qu'ils ont courageusement et ardemment défendu leur opinion. Et ce n'est pas une qualité négligeable au temps où nous vivons.

Ensuite, lorsque vous aurez triomphé, lorsque vous aurez enfin dégagé le terrain professionnel et éloigné à jamais, espérons-le, le retour de ces luttes fratricides entre chirurgiens-dentistes, il vous restera à faire face à la stomatologie en faisant appel à tous ceux qui voudront se rallier au drapeau odontologique. J'estime qu'ils seront légion et que vous pourrez alors livrer contre ces parasites de l'art dentaire une dernière bataille qui décidera pour toujours du sort de l'Odontologie.

VARIA

Un cas de transplantation (1815 à 1820).

M. Debray, d'Evreux, a bien voulu nous communiquer ce qui suit et qu'il a recueilli dans « *Les Cris de Paris* », par Victor Fournel. Librairie, Firmin Didot, rue Jacob, 56, Paris. Edition de 1888, pages 131-132.

La belle limonadière avait débuté sous l'Empire au café du Bosquet, dont ses charmes firent la fortune ; la foule y affluait tellement que la circulation en était parfois interrompue dans la rue Saint-Honoré, et qu'il fallait des gardes pour régler les entrées et les sorties. La grande célébrité de cette dame mariée à un monsieur Romain laid et manchot, date néanmoins de la Restauration et son établissement au café des Mille Colonnes, transformé par son mari en une salle féerique, d'un luxe de décoration alors sans égal, avec un comptoir magnifique, où Mme Romain siégeait dans un véritable trône. Une gravure coloriée de 1816, publiée dans la collection dite le *Bon Genre,* représente la belle limonadière debout entre son trône et le comptoir, qui supporte, outre son encrier aux deux branches recourbées, une corbeille de fleurs et un arbuste dans un vase de forme antique. Sa coiffure est très haute et singulièrement disgracieuse, en forme de casque ; sa robe décolletée, laisse voir avec une certaine indiscrétion ses formes opulentes. Un garçon en habit à lourd collet, à cravate blanche, en culotte de nankin, soutenant de la main gauche un plateau, avec une serviette, lui parle respectueusement, et des consommateurs, assis aux tables voisines contemplent la merveille pour leur argent.

Toutes les chroniques du temps célébrèrent à l'envie les charmes de cette Hébé. Sa beauté devint, dit-on, absolument irréprochable, lorsqu'on fut parvenu à effacer la seule tache qui la dépara, en remplaçant l'une de ses dents, qui était de forme irrégulière et dépassait la lèvre supérieure chaque fois qu'elle souriait, par une dent vivante arrachée à la bouche d'un garçon dévoué, et transplantée séance tenante, dans sa propre mâchoire. Mais la vogue du café des Mille Colonnes, émoussée par l'habitude et le haut prix de ses consommations, ne tarda pas à se ralentir beaucoup. En 1824, Romain, son mari, mourait des suites d'une chute de cheval, et deux ans après, la belle limonadière entrait au couvent.

Le vernissage des dents chez les Annamites.

Le vernissage des dents est une coutume très suivie en Annam et au Tonkin, où il est pratiqué par les deux sexes, dans toutes les classes de la société.

Il consiste à fixer sur les dents, dans un but esthétique plutôt que conservateur, un enduit stable et très adhérent de gomme laque, puis à le colorer en noir au moyen du tannate de fer.

Les Annamites laquent leurs dents vers l'âge de quinze ans et toujours en hiver, car cette saison se prête mieux à l'opération. Le vernissage comporte une série d'applications dont l'ensemble exige une huitaine de jours. Dans l'immense majorité des cas, il est définitif : un vernissage bien fait persiste pendant la vie entière et dispense l'opéré de recourir à de nouvelles manipulations pour augmenter l'épaisseur du dépôt et améliorer la teinte.

Le procédé suivant fournit d'excellents résultats : la gomme laque, réduite en poudre fine, est délayée avec du jus de citron, de manière à obtenir une pâte ferme qu'on étend sur une bandelette, de longueur et de largeur au moins égales à celle d'une arcade dentaire, découpée dans une feuille de bananier. Deux bandelettes sont nécessaires : l'une pour les dents supérieures, l'autre pour les dents inférieures. On applique les emplâtres le soir en se couchant, la face laquée contre les dents, et on les conserve jusqu'au lendemain matin ; la pression des lèvres suffit à les maintenir en place. La face postérieure des dents ne reçoit aucune préparation, mais elle se laque aussi bien que l'antérieure au cours du traitement.

On fait, par nuit, une ou deux applications qu'on réitère pendant cinq ou six nuits consécutives, en renouvelant chaque fois le mélange de laque et de jus de citron.

Dans la matinée du sixième jour, deux nouveaux emplâtres, fraîchement préparés, sont étendus sur la lame d'un couteau où on les abandonne jusqu'à la nuit, le côté enduit touchant le fer de la lame. Ce contact leur communique une teinte noirâtre.

Le septième jour, on pulvérise ensemble de la galle de Chine, de l'écorce de grenade et du sulfate de fer, avec un peu d'eau. Quand ce mélange présente une belle teinte noire, on en confectionne deux nouvelles bandelettes qu'on maintient sur les dents pendant une nouvelle nuit. Cette dernière application termine le vernissage. Toutes les dents présentent alors une teinte noire, très foncée et très uniforme, quand l'opération a été soigneusement effectuée. Après un rinçage sommaire de la bouche, il ne reste plus qu'à frotter légèrement les dents au moyen de la pulpe du doigt enduite de graisse de porc fondue.

Pendant toute la durée du traitement il est indispensable de s'abs-

tenir d'aliments durs, acides, salés ou gras, sous peine de compromettre la solidité de l'enduit. Une semaine après sa terminaison, l'alimentation habituelle peut être reprise sans inconvénient.

(LAURENT : *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, 1er Octobre 1910.)

Les objets en caoutchouc pour dentistes.

Le caoutchouc nécessaire est bien lavé et séché, on le mélange à la couleur et on le lamine en plaques de 9/10 à 10/20 m/m d'épaisseur. On place ces plaques entre des toiles fines qui en empêchent l'oxydation et on les vulcanise ensuite.

Pour la fabrication des mélanges, on se sert du caoutchouc le plus pur, des crêpes pâles ou ambrés de Ceylan, par exemple ; mais les bonnes boules du Mozambique donnent de bons résultats. On emploie le vermillon de cinabre le plus fin et le sulfure de zinc ; le mélange de ces deux poudres permet de réaliser la coloration qu'on veut. Les tons pâles sont réalisés avec l'oxyde de zinc.

Voici des mélanges qu'on utilise depuis de nombreuses années et qui ont donné satisfaction :

Para	2,000	2,000	2,000
Crêpes de Ceylan.	2,000	2,000	2,000
Zn S	0,500	0,650	—
HgS	0,600	—	—
S.	0,900	—	—
Zn O.	—	—	0,200
Sb_2S_3.	—	2,000	1,850
	6,000	6,650	6,300

On suppose que, dans ces mélanges, le soufre doré contient 50 0/0 de soufre libre. La durée de vulcanisation est la suivante : 50 minutes pour monter à 160° C. et 60 minutes de vulcanisation à 160° C. D'autres fabricants indiquent 30 à 45 minutes pour monter à 157° C. et 75 minutes à 157° C. Les plaques minces de 1/10 m/m sont enroulées avec des toiles fines sur un tube en carton pour leur livraison.

(*Le caoutchouc et la gutta-percha*, 16 juillet 1911.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

TRIBUNAL CIVIL DE LA SEINE (5e Ch.)

(22 *novembre* 1911.)

Le Tribunal, ouï en ses observations orales à l'audience du 15 novembre 1911, et en ses conclusions la demoiselle L..., en personne assistée de M... son avoué, en ses conclusions et plaidoiries J..., avocat, assisté de A..., avoué de B..., le Ministère public entendu et après en avoir délibéré conformément à la loi ; jugeant en matière ordinaire et en *premier ressort* :

Attendu que, suivant jugement de cette chambre en date du 16 novembre 1910 sur une demande en payement de la somme de 10.000 francs de dommages-intérêts formée par la demoiselle L... contre B..., dentiste, à raison des souffrances et du préjudice que lui aurait causés la négligence apportée par cet opérateur dans les soins qu'il lui avait donnés au cours de l'année 1907, un instrument opératoire dit tire-nerfs ayant, au dire de la demanderesse, été oublié par sa faute dans une racine dentaire, ladite demoiselle a été admise, avant dire droit, à faire en la forme ordinaire des enquêtes la preuve d'un certain nombre de faits articulés tendant à démontrer la faute du défendeur ;

Attendu que par le même jugement le Dr S... a été commis à l'effet de rechercher si un tire-nerfs est effectivement resté dans la racine d'une dent obturée de la demoiselle L..., de dire si la présence de cet instrument a pu causer les troubles allégués dans la santé de celle-ci et a pu être oublié par B... au cours des soins donnés par ce dentiste ;

Qu'il a été procédé aux enquête et expertise ordonnées par le Tribunal ;

Attendu qu'il résulte de la déposition du premier témoin, entendu en l'enquête, le Dr B... qu'au cours de l'année 1907, la demoiselle L... a effectivement éprouvé dans la mâchoire de vives souffrances au niveau des incisives supérieures gauches, sans que la cause ait pu être déterminée, et que l'examen radiographique opéré par le Dr C... a révélé dans la deuxième incisive gauche supérieure la présence d'un filament opaque dont la nature n'a pu être précisée ; Attendu qu'il appert du même témoignage qu'à cette époque un praticien de talent reconnu, le Dr F..., a perforé la racine, mais n'a rien découvert d'anormal dans la dent ; Attendu que le deuxième témoin, le sieur R..., dentiste, a déclaré avoir aussi ouvert l'incisive latérale supérieure gauche, dont se plaignait la demoiselle L..., dent déjà obturée et avoir simplement constaté que la pulpe avait été enlevée, mais que la racine n'était pas complètement obturée ; qu'il n'a pas plus que le Dr F..., constaté la présence d'un corps étranger dans la racine dans laquelle il avait dû lui-même pour lui donner des soins prophylactiques nécessaires introduire des instruments de divers nature ; Attendu que le troisième

témoignage recueilli n'a fourni aucun élément d'appréciation utile ; Attendu qu'il ne résulte en aucune façon de l'ensemble de ces témoignages qu'un tire-nerfs ait été effectivement oublié dans la dent soignée par B... et qu'une faute quelconque puisse être retenue à l'encontre de celui-ci ; Attendu que cette faute n'apparaît pas davantage du rapport de l'expert ; Attendu, en effet, qu'après avoir reconnu que cinquante fois au moins dans l'exercice de sa profession il avait constaté dans des canaux radiculaires la présence de fragments de tire-nerfs brisés, le Dr S. avait constaté que la demanderesse ne ressentait pas de désordres locaux particuliers pouvant être légitimement attribués à la présence d'un de ces instruments dans une incisive ; Attendu que toutes les recherches de l'expert ne lui ont pas permis d'établir la faute imputée par la demoiselle L... au défendeur, la tâche noire relevée sur la photographie ne représentant pas de façon précise la forme d'un tire-nerfs, la fracture de cet instrument très fin dans la racine n'ayant pas été établie par les recherches du Dr F... et diverses opérations dentaires ayant été subies par la demoiselle L... depuis l'intervention en 1907 de B... ; Attendu que l'expert conclut en conséquence qu'il est actuellement impossible d'affirmer qu'il y ait eu un fragment de tire-nerfs dans la racine soignée par B... ; que d'ailleurs si cet accident s'est produit on ne peut dire qu'il ait été la seule cause des douleurs éprouvées par la demanderesse et enfin qu'il n'est nullement établi qu'il ait été causé par la faute de B... ; Attendu que la responsabilité de celui-ci ne pourrait se trouver engagée qu'autant que sa faute se trouverait nettement établie ; Attendu que, de l'aveu même de la demoiselle L.., elle a, après avoir été soignée par B..., reçu les soins de plusieurs autres dentistes ; qu'il est donc impossible en l'état actuel d'établir qu'une faute professionnelle grave ait été commise par le défendeur et qu'il échet en conséquence de déclarer la demanderesse, si regrettables qu'aient été pour elle les souffrances dont elle se plaint, mal fondée en sa demande.

Par ces motifs,

Entérine le rapport du Dr S..., déposé au greffe à la date du 1er août 1911. Déclare la demoiselle L... mal fondée en toutes ses demandes, fins et conclusions, l'en déboute, et la condamne aux dépens lesquels comprendront tous les frais d'expertise, y compris les honoraires de l'expert, et ce au besoin à titre de dommages-intérêts dont distraction à A..., avoué, aux offres de droit.

BIBLIOGRAPHIE

Les anomalies dentaires par défaut chez l'homme. Régression et pseudo-régression.

Par J. Vichot. *Thèse de Lyon*, 1911.

M. J. Vichot, de Lyon, a été très heureusement inspiré en choisissant pour sujet de sa thèse de doctorat, qu'il a soutenue au mois de mars de l'année dernière, les anomalies dentaires par défaut chez l'homme. L'étude de ces anomalies, en effet, avait été quelque peu délaissée jusqu'à présent, la plupart des auteurs s'étant occupés de préférence des anomalies de position, surtout au point de vue de la correction de ces malpositions. L'anomalie par défaut ne manque cependant pas d'intérêt pour le praticien. Elle méritait une étude spéciale ; celle que lui a consacrée M. Vichot, pourra être fructueusement consultée par tous ceux qui auront le souci de se documenter sur la question dont elle présente une vue d'ensemble, renforcée bien souvent d'aperçus originaux.

Si l'on compare la dentition de certains vertébrés à notre série de trente-deux dents, on est amené à constater une véritable *régression* chez l'homme. L'auteur prend ce terme dans le sens *d'évolution régressive*, en y comprenant toutes les formes intermédiaires, amenant finalement la disparition complète de la dent. C'est la première fois croyons-nous, que le terme régression est employé dans ce sens, au point de vue de l'évolution du système dentaire de l'homme. Le mot ainsi compris semble avoir fait fortune, puisque depuis le travail de M. Vichot, un certain nombre d'auteurs se le sont appropriés.

Après un aperçu historique de la question, l'auteur s'efforce de déterminer l'intérêt de celle-ci au point de vue de la variation et de l'évolution, et au point de vue de la recherche des causes.

Le chapitre suivant est consacré à une étude générale du développement des maxillaires et des dents, ainsi qu'aux différentes formes de la régression : *l'érosion*, perturbation portant sur le processus physiologique des parties constituantes du follicule ; *le nanisme*, phénomène constitué par l'atrophie folliculaire complète ou non ; les *dents incluses*, qui ne répondent qu'à une pseudo-régression ; les *débris folliculaires* par subdivision du follicule ; la *régression totale*.

Les méthodes d'investigation pour arriver au diagnostic de régression totale ou de pseudo-régression se sont accrues d'une méthode séreuse, la radiographie, qui permet de préciser la nature et le siège de l'anomalie.

M. Vichot relate dans un chapitre spécial une longue série d'observations personnelles des différents types de régression ; chaque cas est accompagné de la reproduction du modèle, et la plupart du temps du cliché radiographique. Ainsi se trouvent mis en évidence la fréquence de certains cas de régression dentaire. Sauf la régression de la dent de sagesse, cas le plus fréquent, la régression qui s'observe le plus souvent porte sur l'incisive latérale supérieure ; elle est surtout unilatérale, et siège alors presque toujours à gauche. Cette anomalie qui semble liée à l'hérédité, est parfois concomitante avec d'autres anomalies de l'organisme.

Les causes occasionnelles de l'évolution régressive peuvent se ramener à une seule : la limitation des moyens de subsistance. Dans la lutte qui règne à l'état permanent entre les diverses parties d'un individu, les organes non fonctionnels et non réduits constituent des *impedimenta* ; ils détournent pour leur entretien une certaine quantité des substances nutritives, aux dépens de tout le reste de l'organisme. Avant de passer à l'étude des causes probables de la régression, l'auteur consacre un chapitre à un coup d'œil d'ensemble de la régression dentaire chez les vertébrés, et en particulier chez les mammifères et quelques animaux domestiques.

Quelles sont donc les causes de la régression dentaire ? Un grand nombre d'auteurs ont voulu voir une relation entre la régression et les troubles du système pileux par exagération ou par diminution. Certains ont rapporté des cas de calvitie héréditaire accompagnée d'un défaut total ou partiel des dents ; d'autres cas de régression dentaire correspondraient au contraire à un développement exagéré du système pileux. Le mode de vie et le régime ont eu chez l'homme une influence sur la régression, et le développement de l'état de civilisation paraît en relation avec la diminution de volume des maxillaires d'abord, et consécutivement des dents.

En réalité la régression dentaire est due à l'atrophie de certains bourgeons qui résulte elle-même de plusieurs facteurs. Les uns sont primaires : 1° la compression qui explique les cas de pseudo-régression et surtout de régression totale de l'incisive latérale supérieure produite par la compression provoquée dans la formation du maxillaire supérieur par l'union du bourgeon nasal interne et du bourgeon maxillaire ; 2° les troubles pathologiques (traumatiques, constitutionnels, etc.). Ces troubles peuvent survenir durant la vie intra-utérine, et alors toutes les causes de dénutrition de la carie peuvent intervenir ; 3° les troubles des glandes à sécrétion interne.

Parmi les facteurs secondaires l'hérédité joue le principal rôle ; si les facteurs primaires créent les variations, l'hérédité semble les fixer ; elle tend à constituer un type spécial de dentition qui se transmet aux descendants. C'est à la suite de la limitation du nombre des

dents que s'est produite la disparition de la dent de sagesse dans certaines races. Enfin, l'hérédité peut être pathologique, l'anomalie se produisant par suite d'infection ou d'intoxication des parents, syphilis, tuberculose, alcoolisme, etc.

En terminant son intéressante thèse, dont nous n'avons pu donner qu'un faible aperçu, M. Vichot conclut à l'utilité de la radiographie qui s'impose avant toute intervention orthodontique ou chirurgicale, et qui seule permet le diagnostic certain entre la pseudo-régression et la régression vraie, états qui peuvent d'ailleurs être considérés comme complémentaires ; au reste, comme le dit si justement l'auteur, la pseudo-régression n'est-elle pas une étape conduisant, par l'atrésie des maxillaires, à la régression totale chez les descendants ?

H. D.

Geschichte der Medizin in Japan

M. Y. Fujikawa, médecin à Tokio, est l'auteur d'une *histoire de la médecine au Japon*, publiée et éditée en allemand par le Ministère de l'Instruction publique du Japon pour figurer à l'Exposition d'hygiène de Dresde.

Cet ouvrage, de 115 pages, précédé d'une introduction, est divisée en 9 chapitres correspondant aux 9 périodes distinctes de l'histoire de la médecine, et terminé par un tableau chronologique. Il est illustré de nombreux portaits et figures d'instruments.

Japanische Schulhygiene

Le même Ministère a publié dans les mêmes conditions une *hygiène scolaire japonaise* due à M. le Professeur Mishima, fonctionnaire de ce Département.

L'ouvrage, de 113 pages, est divisé en 6 chapitres subdivisés en sections et accompagnés de tableaux et formulaires.

Anwendung der Hyperämie als Heilmittel in der Zahnheilkunde

M. Wilhelm Pfaff continue chez l'éditeur Dick, de Leipzig, la publication de la série d'ouvrages dentaires qu'il a entreprise.

Le fascicule 7, dû à M. Lichtwitz, est consacré à l'*emploi de l'hyperémie comme agent curatif en dentisterie*. Il a 42 pages et est divisé en 6 chapitres, dont une préface, précédés d'une introduction suivie d'une bibliographie et d'un index.

Festschrift des Vereines Œsterreichischer Zahnärzte

La Société des chirurgiens-dentistes autrichiens a publié, à l'occasion de la célébration du cinquantenaire de sa fondation, un Recueil de travaux originaux, dus à des membres de la Société, précédé d'un historique de la Société et illustré de nombreuses planches et gravures, ainsi que des portraits des membres les plus marquants.

Il est difficile d'analyser cet ouvrage, de 279 pages, qui ne contient pas moins de 14 articles différents.

L'année électrique, électro-thérapique et radiographique.

M. Foveau de Courmelles vient de publier sous ce titre, pour la douzième fois, la revue annuelle des progrès électriques en 1911. Cet ouvrage, de 360 pages, est divisé en 18 chapitres consacrés aux appareils et faits nouveaux, à l'électro-chimie, à la lumière, à la chaleur, à la traction, aux télégraphes et signaux, à la télégraphie sans fil, à l'électricité atmosphérique, à l'électricité de sources diverses, aux applications diverses, à l'hygiène et à la sécurité électriques, à l'électrothérapie et à l'électrophysiologie, à la radiographie, à la radiothérapie, à la photothérapie, au radium et à la radioactivité. Une rubrique *jurisprudence* et une *nécrologie* terminent ce volume, qui est un compendium utile pour un praticien.

CORRESPONDANCE

Monsieur,

Vous avez publié dans *L'Odontologie* du 15 décembre 1911 une lettre rectificative de M. Delair, où se trouve page 427, 3e ligne et suivantes, une relation d'une conversation que nous avons eue ensemble, un peu différente de ce qu'elle a été. Je n'en fais pas grief à M. Delair qui n'aura pas retenu exactement la réponse que je lui ai faite et dont la bonne foi reste entière, mais cela n'en constitue pas moins une inexactitude que mes amis pourraient me reprocher si je la laissais passer.

Je copie textuellement le passage en question en soulignant les parties inexactes afin d'en faciliter la rectification:

« Quant à M. Bonnard, il me promit, bien que n'ayant pas qualité régulière » pour cela, de s'entremettre officieusement pour que le Syndicat fasse trêve » avec l'Ecole, en *attendant qu'un terrain d'entente soit trouvé. Il acceptait qu'en* » *signe de détente* un délégué officiel soit envoyé au Congrès de Rouen et pro- » mettait à son égard la plus parfaite courtoisie, délégation dont il avait été » parlé entre MM. Roy, d'Argent et moi ».

J'ai bien *promis* d'engager mes collègues du Conseil d'administration du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France à accepter une trêve en vue de l'Union avec les Sociétés de l'Ecole dentaire de Paris, mais j'ai ajouté :

1° Que si l'apaisement *devait* se faire, ce serait après acceptation du programme de revendications odontologiques du *Groupement* fédéral, et non comme on me le fait dire : « *En attendant qu'un terrain d'entente soit trouvé* ». Cette phrase implique des concessions réciproques qui ne sont possibles qu'avec des revendications d'ordre secondaires. Mais pour celles qui nous occupent, il s'agit des intérêts primordiaux des dentistes, de questions discutées et admises de multiples fois dans nos Congrès dentaires nationaux de Marseille (1906), Bordeaux (1907), Angers (1908), Paris (1909), Poitiers (1910), qui le seront encore au Congrès dentaire national de Toulon l'année prochaine et nul ne pourrait, sans manquer aux engagements pris de défendre les intérêts généraux des dentistes menacés par la coalition dentistophage, faire à notre programme quelque retranchement que ce soit. Je n'ai donc pas pu dire : « *En attendant qu'un terrain d'entente soit trouvé* ». A quoi donc auraient servi toutes nos luttes pour la défense d'idées admises aujourd'hui par la majorité des dentistes français si, les premiers, nous devions accepter si bénévolement de les remettre en discussion ?

Nos revendications sont justes, nous devons les défendre jusqu'à leur réalisation complète et si, comme nous le pensons, elles sont bien imprégnées de l'esprit odontologique le plus pur, ceux qui les repousseront ne se classeront-ils pas parmi les adversaires des dentistes ?

Permettez qu'en les reproduisant ici, j'en fasse juge les lecteurs de *L'Odontologie*.

Revendications odontologiques. — Titres universitaires. — Art. 1er. — Diplôme de Bachelier obligatoire pour la délivrance de la première inscription d'étudiant ou d'étudiante en chirurgie dentaire :

Scolarité. — Art. 2. — Maintien de la durée de la scolarité à cinq années dont deux années de stage au laboratoire de Prothèse (décret du 11 janvier 1909).

Art. 3. — Minimum d'âge de seize ans pour commencer les études et conséquemment minimum d'âge de vingt et un ans pour la délivrance du diplôme de Faculté.

Art. 4. — Suppression définitive des équivalences et de toutes dispenses d'âge ou d'examens.

Art. 5. — Obligation absolue pour les étudiants d'assister aux cours théoriques et de participer aux travaux pratiques, contrôle rigoureux des inscriptions.

Enseignement. — Art. 6. — Examens théoriques annuels à la faculté et dans les écoles : examens pratiques pour les épreuves des cours pratiques et du stage.

Art. 7. — Epreuves pratiques de chirurgie dentaire, de dentisterie opératoire, d'anesthésie et de prothèse au 3e examen.

Art. 8. — Unification de l'enseignement dans toutes les écoles dentaires françaises.

Art. 9. — Nomination de chirurgiens-dentistes comme examinateurs dans les examens de Faculté, interdiction à tout examinateur d'interroger ses élèves.

Titre. — Art. 10. — Maintien du titre de chirurgien-dentiste et création du titre universitaire de docteur en odontologie ou en chirurgie dentaire.

Administration scolaire. — Art. 11. — Interdiction aux écoles dentaires de soigner des malades aisés, admission des malades après enquête sous le contrôle d'une Commission syndicale.

Art. 12. — Interdiction aux écoles de pratiquer la réclame et le racolage des élèves.

Services publics. — Art. 13. — Création de services dentaires dans l'armée de terre et de mer.

Art. 14. — Admission de chirurgiens-dentistes aux concours pour les postes de dentistes des Hôpitaux.

Art. 15. — Inspections dentaires scolaires (Ecoles primaires, normales, lycées

et collèges). Opposition absolue à la création de nouvelles Ecoles dentaires ou de Cliniques dentaires

Législation. Répression de l'exercice illégal. — Art. 16. — Obligation formelle pour les étrangers d'observer les lois, décrets, circulaires et règlements régissant l'exercice de la profession dentaire (exercice, études, examens, etc ..) au même titre que les Français.

Art. 17. — Impôt spécial sur les étrangers exerçant une profession libérale en France (dentistes, médecins, etc...)

Art. 18. — Obligation pour les docteurs en médecine se destinant à la pratique de l'art dentaire, de deux années d'études spéciales sanctionnées par des examens et la délivrance du diplôme de chirurgien-dentiste.

Art. 19. — Application définitive et irrévocable du décret du 11 janvier 1909.

Art. 20. — Expulsion immédiate du territoire français de tout étranger condamné pour exercice illégal de l'art dentaire ou de la médecine.

Art. 21. — Application plus rigoureuse de la loi de novembre 1792.

Art. 23. — Répression sévère de l'exercice de la profession sous un pseudonyme. Interdiction des titres prêtant à une interprétation erronée par le public.

Police. — Art. 24. — Vérification annuelle par une Commission instituée à cet effet, du fonctionnement des cabinets dentaires (titres et patentes).

Art. 25. — Révision et affichage annuel dans les chefs-lieux de départements de la liste des docteurs en médecine, chirurgiens-dentistes, dentistes et sages-femmes.

Tel est ce progamme de revendications odontologiques sur lequel presque tous les Syndicats dentaires de France sont intransigeants.

Enfin je n'ai pas pu « *accepter qu'en signe de détente* un délégué officiel de l'Ecole soit envoyé au Congrès dentaire national de Rouen, etc... », parce que je ne suis dans nos Groupements qu'une unité comme les autres, sans plus de pouvoir, et que je dois, comme tous nos membres, demander l'avis de la majorité avant d'agir. Il n'y a pas de chef chez nous et seul un chef muni de pouvoirs nécessaires aurait pu engager son groupe. Mais j'ai dit que je connaissais la courtoisie habituelle des confrères qui fréquentent nos Congrès dentaires nationaux, qu'aucun d'eux n'était capable d'oublier les égards qui sont dus à un visiteur et que si l'Ecole dentaire de Paris envoyait à Rouen un délégué, il pourrait être assuré d'y être bien reçu.

A défaut d'autres engagements, ceux de cet ordre, je les prendrai toujours sans autorisation, persuadé que je suis qu'ils seront tenus par ceux que j'aurai engagés.

Veuillez agréer, monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

12 décembre 1911.

E. BONNARD.

NÉCROLOGIE

A. Baëlen.

Nous avons eu la douloureuse surprise d'apprendre la mort à l'âge de 52 ans, de notre excellent confrère M. A. Baëlen, membre de l'A. G. S. D. F., ancien membre du Conseil d'administration et secrétaire général de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, chef de clinique honoraire à cette école, administrateur délégué de la Société coopérative des dentistes de France.

M. Baëlen, qui était le gendre de M. Carbonnel, membre fondateur de l'Ecole, était un confrère particulièrement estimé et ne comptait que des sympathies parmi tous ceux qui le connaissaient. Il avait toujours rempli avec le plus grand dévouement les diverses fonctions dont il avait été chargé par nos Conseils d'administration.

Il est décédé à Cannes, le 15 janvier; son corps a été ramené à Paris et inhumé au cimetière du Père-Lachaise. L'Ecole et l'Association étaient représentées à ses obsèques et avaient envoyé des couronnes ; mais l'avis très tardif de son décès n'a pas permis à un grand nombre de confrères d'assister à ses obsèques.

Nous adressons à la famille de M. Baëlen nos sincères condoléances et l'expression de nos profonds regrets.

Mme Hertford.

Nous avons le vif regret d'apprendre la mort, à l'âge de 38 ans, de Mme Hertford, qui s'est occupée pendant plusieurs années de la publicité de *L'Odontologie*.

Ses obsèques ont eu lieu le 16 janvier. *L'Odontologie* y était représentée.

Nous envoyons à son mari et à sa famille l'expression de nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Association générale syndicale des dentistes de France.

1° *Conseil d'administration.*

Le Conseil d'administration s'est réuni le samedi 20 janvier 1912, à 9 heures du soir.

Après lecture de la correspondance, du procès-verbal de la dernière séance et ratification des décisions prises par le Bureau dans ses trois dernières réunions, il a approuvé successivement les rapports du secrétaire général, du trésorier, de l'administrateur-gérant de *L'Odontologie*, du Conseil de famille, de la Commission syndicale et de la Commission de prévoyance et a adopté également les budgets de l'Association et du journal.

2° *Assemblée générale.*

L'assemblée générale annuelle s'est tenue le dimanche 21 janvier, à 9 heures du matin, avec l'ordre du jour que nous avons publié.

128 membres étaient présents, dont 111 de Paris et 17 de la province.

Après lecture de la correspondance et des procès-verbaux de la dernière assemblée générale ordinaire et de l'assemblée générale extraordinaire de juillet, elle a approuvé le rapport du secrétaire général, proposant notamment une légère modification au *règlement intérieur*, en ce qui concerne le vote par correspondance.

Elle a approuvé ensuite les rapports du trésorier et de l'administrateur-gérant de *L'Odontologie*. Ces trois documents avaient, pour la première fois, été imprimés et envoyés huit jours à l'avance à chacun des membres.

Elle a procédé aux élections pour le renouvellement partiel du Conseil d'administration, qui ont donné les résultats suivants :

Votants : 301. Bulletins blancs 2. Bulletin nul 1.

Paris.

MM.		
Lalement, m. s. c.[1].	269	voix, élu.
Miégeville, m. s. c..	207	— —
Bioux............	205	— —
G. Fouques, m. s. c.	204	— —
J. d'Argent, m. s. c.	203	— —
Cernéa, m. s. c.....	203	— —
Dupontrué........	192	— —
Machtou, m. s. c...	179	— —

Province.

MM.		
Thuillier (Rouen), m. s. c...	276	v. élu.
Debray (Evreux).....	269	—
Bouillant (Isle-Adam)......	206	—
Jouard (Saint-Cloud), m. s. c..	206	—
Boudy (Belfort)......	205	—
Brodhurst (Montluçon), m. s. c.	204	—
Pierret (Dijon).......	203	—
Mouton (Châtellerault), m. s. c.	200	—
Gouthière (Nemours).	191	—

1. M. S. C. membre sortant candidat.

Tous ces candidats sont nommés pour 2 ans, sauf M. Gouthière (remplaçant M. Cecconi décédé), qui ne l'est que pour un an.

Viennent ensuite :

MM.		MM.	
Francis Jean, m. s. c..	98 voix.	Vichot (Angers).......	89 voix.
Delair..............	92 —	Rigolet (Auxerre).....	88 —
Mary...............	84 —	Eustache (Tonnerre)...	85 —
Lannois	83 —	Fléty (Dijon), m. s. c....	85 —
Morche............	80 —	Hermann (Nantes)....	82 —
Dubois.............	78 —	Bourdeau (Bourges)...	81 —
Schuler.............	74 —	Joly (Calais)..........	79 —
Dehogues...........	24 —	G. Villain, Bonnard, Bassot, Lanos, Billet, Godefroy, Boileau, Dumont, Duvignau, Hugo, Regnault, Desforges, Quincerot, Léger-Dorez, Tacail, chacun 1 voix.	
Zimmermann	6 —		
Bruschera, m. s. n. c.[1]	5 —		
Cauhépé............	3 —		
Cottard, m. s. n. c....	3 —		
Martinier..........	2 —		

M. Debray (Evreux) en séance, MM. Lalement (Paris) et Thuillier (Rouen) par lettre, protestent contre l'inscription de leur nom sur une liste de candidats autre que celle du Groupe des Amis de l'E. D. P. et de l'A. G. S. D. F.

L'assemblée a, sur une proposition émanant du Groupe des Amis des Ecoles dentaires, abordé les questions suivantes : *lutte contre la stomatologie, opposition à la création d'une chaire de stomatologie, contrôle de l'examen de validation du stage.*

Elle a voté pour clore cette discussion, qui pourra être continuée dans une assemblée générale extraordinaire, les trois ordres du jour et le vœu suivants :

1° Ordre du jour présenté par MM. Roy et Godon :

L'A. G. S. D. F. invite son Conseil d'administration à agir le plus activement possible en vue de s'opposer à la création de la chaire de stomatologie et renvoie toutes les propositions d'union à la F. D. N.

2° Ordre du jour présenté par M. J. d'Argent :

La F. D. N. étant le seul terrain sur lequel puissent se réunir tous les groupements et se discuter toutes les questions d'intérêt général professionnel, l'A. G. S. D. F. invite toutes les sociétés à s'y faire inscrire et elle propose d'y renvoyer d urgence toutes les questions posées dans cette assemblée.

3° Ordre du jour présenté par MM. Fourquet et Bonnard, amendé par M. G. Villain :

L'A. G. S. D. F. réunie en assemblée générale le 21 janvier 1912 :

1° Décide de demander aux sociétés professionnelles de mettre à

1. M. S. N C. membre sortant non candidat.

l'ordre du jour de leur prochaine assemblée l'étude de la question de la création d'une chaire de stomatologie à la Faculté de médecine et du prochain examen de validation du stage ;

2° Emet l'avis que chaque société professionnelle nomme un délégué par 50 membres ou fraction de 50 membres et que l'assemblée des délégués de chacune de ces sociétés constitue une commission interprofessionnelle qui se présentera devant les pouvoirs publics, au nom de l'odontologie, pour défendre les vœux de la profession à ce sujet.

4° Vœu présenté par MM. Friteau, G. Villain et Fourquet :

« L'A. G. S. D. F. émet le vœu que dans un délai extrêmement rapproché, étant donné l'urgence, la F. D. N. provoque un meeting interprofessionnel pour discuter les intérêts généraux de l'odontologie.

» Sur avis du conseil judiciaire une trentaine de votes par correspondance ne furent pas pris en considération, car certains avaient été envoyés dans des enveloppes ordinaires ou dans des pneumatiques sans la mention *vote par correspondance ;* quelques-uns n'étaient pas signés (le cachet ordinaire d'un votant ne pouvant remplacer sa signature) ; d'autres étaient parvenus sans aucune mention et ne purent être émargés ; plusieurs étaient arrivés trop tard, c'est-à-dire après 10 h. 1/2 du matin le jour du vote ; d'autres enfin émanent de membres sous les drapeaux qui, d'après les statuts, ne peuvent pas voter.

Le secrétaire général : HENRI VILLAIN.

Mariage.

On annonce le mariage de Mlle Marcelle Bohl, fille de notre confrère M. Bohl, de Castres, membre de l'A. G. S. D. F., avec M. Armand Azaïs.

Nous adressons nos félicitations aux jeunes époux.

Association de l'Ecole odontotechnique.

L'association de l'Ecole odontotechnique nous demande de rectifier ainsi qu'il suit la note erronée qui nous avait été communiquée et que nous avons publiée dans notre numéro du 30 décembre dernier, p. 565, touchant la composition du Conseil d'administration.

Président, M. Rodolphe. — *Vice-présidents,* MM. H. Lee et M. Frison. — *Secrétaire général,* M. Bruel. — *Trésorier*, M. E. Fourquet. — *Secrétaire des séances*, M. G. Guérard. — *Conservateur du musée*, M. G. Guérard. — *Bibliothécaire*, M. Barden.

32e ANNÉE. N° 3 15 FÉVRIER 1912 VOL. XLVII

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE L'ABCÈS ALVÉOLAIRE CHRONIQUE

Par ARTHUR BLACK, de Chicago.

(Communication à la Société dentaire de l'Illinois du Nord.)

La conviction que la profession ne fait pas les progrès voulus dans le traitement de l'abcès alvéolaire chronique m'engage à faire cette communication. L'indifférence des praticiens et de leurs patients à l'égard des abcès qui suppurent constamment dans la bouche témoigne qu'on ne se rend pas compte de leur caractère sérieux. Le fait que bien des gens n'ont pas semblé souffrir de ces infections ne prouve pas qu'ils n'ont pas été lésés. Il y a certainement un grand nombre de cas qui ont donné lieu à des complications sérieuses justifiant un plus grand soin. Je vais exposer brièvement deux cas, entre autres, que j'ai observés dans les dernières années.

Mme R., 35 ans, vint me trouver en novembre 1910 pour la résection de la racine de la latérale supérieure gauche et le curettage d'un os carié dans la région avoisinant cette racine. Elle me dit avoir souffert journellement, principalement dans la région occipitale, pendant 8 mois, de maux de tête augmentant graduellement d'acuité. Ces maux de tête furent assez violents pour lui faire entreprendre un voyage de plusieurs milliers de kilomètres afin d'aller se faire traiter par un spécialiste des maladies nerveuses. Ce dernier la traita pendant 6 semaines, la plupart du temps à sa clinique, mais avec peu de succès. Au bout de ce temps, elle alla trouver un dentiste, d'Evanston pour se faire traiter une bicuspide inférieure. En examinant la bouche, ce praticien remarqua une ouverture au-dessus de la racine

de la latérale supérieure gauche ; il put en faire sourdre plusieurs gouttes d'un liquide séreux et il découvrit une petite cavité et une carie de l'os vers l'apex de la racine. Il fit remarquer à sa patiente la liaison possible entre ce fait et les maux de tête. La patiente se mit à rire et dit que cette dent était dans cet état depuis des années et ne lui avait jamais causé la plus légère douleur, que plusieurs dentistes de Chicago l'avaient examinée et lui avaient dit que cela n'avait pas d'importance et qu'il n'y avait pas lieu de faire quoi que ce fût. Le praticien insista pourtant et, quelques jours plus tard, la racine fut enlevée et la cavité curettée. Il y a dix mois de cela et la patiente n'a plus eu de maux de tête depuis.

Mme R., 58 ans, vint me trouver en février 1910, se plaignant d'une sensibilité très légère dans la région de la cuspide supérieure gauche. Elle avait eu 4 enfants, dont 2 morts de tuberculose. Il n'avait pas été porté de diagnostic précis de tuberculose chez la mère, quoiqu'elle eût été fréquemment soupçonnée d'être tuberculeuse par son médecin et par elle-même. Pendant ce temps, sa température avait augmenté de 1 degré ou 1 degré 1/2 avec fréquentes céphalalgies ; elle était fort inquiète de son état. Comme il n'y avait pas de cavité dans ce cas et pas de sensibilité dentaire suffisante pour l'incriminer comme cause de son état constitutionnel, une radiographie fut prise et montra un abcès à l'extrémité de la racine de la cuspide qui avait été traitée et obturée 3 ans auparavant. L'obturation radiculaire n'atteignait pas l'apex et je ne pus faire passer un instrument dans le canal. La racine fut extraite : la température s'abaissa et le mal de tête disparut.

Je cite ces deux cas pour montrer que, parmi les milliers d'abcès alvéolaires que nous négligeons, il en est un grand nombre qui sans aucun doute causent un dommage sérieux à la santé des personnes qui en sont atteintes. Ces abcès doivent être soignés ou les dents extraites ; la perte de ces dents n'est pas aussi grave que leur conservation, quand même elles rendent service pour la mastication. En outre de l'action sur la santé générale, il y a la destruction constante des tissus dans la région de l'infection.

Diagnostic.

Les causes les plus fréquentes de l'abcès alvéolaire chronique sont :

1° La mort de la pulpe ;

2° L'ouverture trop tardive de l'abcès alvéolaire aigu qui fait souvent que le pus venant de l'os coule le long du périote et amène la nécrose ;

3° Le nettoyage incomplet ou l'obturation incomplète des canaux radiculaires ;

4° Le forage de trous dans les racines ;

5° L'infection des canaux radiculaires provenant de l'habitude trop répandue de traiter ces canaux sans la digue et de la permission laissée aux patients de vaquer à leur vie habituelle sans que le pansement ait été scellé dans la cavité.

Il n'est pas difficile d'ordinaire de déceler la présence d'un abcès alvéolaire chronique ; mais il faut un examen soigneux pour déterminer l'état exact des tissus intéressés. Cet examen a une importance capitale, car il permet d'établir le traitement. En portant le diagnostic, faire attention : 1° au tissu périapical ; 2° à l'état du canal pulpaire.

L'état du premier détermine le pronostic et indique le traitement à employer. L'expérience m'a montré que beaucoup de dentistes n'examinent pas ce tissu et ne font pas d'autre diagnostic que de déterminer l'existence d'un abcès. Cet examen est facile et si important qu'il est inexcusable de l'omettre. Cette omission semble due à ce fait que cet examen est considéré comme une opération chirurgicale susceptible de léser quelque chose.

Les instruments nécessaires pour cet examen sont les suivants : 1° une petite sonde d'argent flexible à bout émoussé ; 2° une sonde d'acier tranchante et rigide ; 3° des explorateurs de la membrane péridentaire (instruments à lame plate, à extrémités unies et arrondies et à courbures droites et gauches) ; 4° des explorateurs droits et gauches courbés comme pour l'examen de la carie. Ces instruments se stérilisent en les plongeant dans des flacons de phénol et d'alcool, ne servant qu'à cela, ou bien dans des plats remplis de l'un de ces liquides où on les fait baigner complètement. Une fois lavés dans le phénol, on les rince dans de l'eau stérilisée, parce qu'on les met dans l'alcool, autrement

le phénol est apporté peu à peu dans l'alcool. L'opérateur doit se nettoyer les mains soigneusement et veiller à ce que les instruments ne viennent en contact qu'avec les tissus examinés ; ils ne doivent pas être placés sur la tablette, à moins que celle-ci ne soit couverte d'une toile stérilisée.

L'examen est si peu douloureux d'ordinaire que l'anesthésie locale n'est même pas nécessaire ; cependant parfois une injection de solution de cocaïne peut être utile.

Avant l'examen s'enquérir de l'historique du cas, ce qui ne demande pas plus de quelques minutes d'ordinaire pour obtenir du patient ce qu'il faut savoir. L'examen oculaire et digital doit être soigneusement fait ; les zones d'inflammation doivent être notées, ainsi que les cavités et la nature de l'écoulement. Se rappeler que dans des cas de carie osseuse l'écoulement est séreux et fluide et n'est pas crémeux comme dans la nécrose, que les cavités cariées sont d'ordinaire plus petites, ont généralement des anneaux granuleux légèrement élevés à leur ouverture et qu'il peut y avoir plusieurs de ces anneaux juxtaposés. La pression du doigt fait d'ordinaire sourdre un peu de pus. Le doigt peut également découvrir des zones d'os résorbé. Noter aussi le mouvement de la dent dans son alvéole.

S'il y a une cavité dans la gencive, se servir d'abord de la sonde d'argent souple, la promener le long de la cavité pour déterminer sa direction et son point de départ. Cette sonde n'a guère d'autre usage. La sonde d'acier tranchant est alors enfoncée dans la cavité jusqu'à ce qu'elle arrive au tissu dur à son point de départ. Elle peut servir à différencier les états. Quoique la cause originaire de l'abcès puisse être une pulpe morte ou une obturation radiculaire imparfaite, les tissus de l'apex radiculaire intéressés secondairement sont souvent la cause principale de sa continuation. On peut trouver l'extrémité radiculaire dénudée de sa membrane péridentaire, une cavité de résorption dans l'os, la racine partiellement résorbée, de la nécrose ; la sonde peut venir en contact avec une portion de racine ou avec l'émail d'une dent incluse ou n'ayant pas fait éruption,

tout cela doit être vérifié par la sonde tranchante. S'il y a dénudation, la sonde rencontrera une substance dure, d'ordinaire un peu unie et le contour de la racine peut aisément être dégagé ; si une partie a été résorbée, on peut le constater. La cavité dans l'os se découvre aisément ; par la pression, la sonde pénétrera dans l'os carié. On distingue aisément la nécrose par sa dureté et sa rugosité, tandis que l'émail d'une dent incluse est dur et très uni.

Il est important de déterminer l'étendue de la destruction de la membrane péridentaire pour guider le traitement. Si une grande partie de la racine est dénudée, le traitement chirurgical seul pourra amener la guérison, car il est impossible de rattacher les tissus à la portion dénudée, et cette situation continuera à causer l'inflammation des tissus environnants tant qu'elle durera. L'étendue de la destruction peut être déterminée par la sonde d'acier tranchante ; quand la pointe de l'instrument est en contact avec la racine, celui-ci peut être porté dans diverses directions en conservant ce contact jusqu'à ce que la totalité de la zone dénudée soit parcourue. On peut se servir d'explorateurs droits et gauches dans certains cas pour atteindre autour des racines. Souvent ces instruments peuvent être passés par la bifurcation et entièrement autour d'une racine dénudée de molaire.

Quand il y a écoulement de pus au bord gingival, se servir des explorateurs, qui, ayant des bouts émoussés, ne lèseront pas la membrane péridentaire et permettront à l'examinateur de déterminer exactement l'étendue de la lésion.

Un auxiliaire très important pour le diagnostic, c'est la radiographie. Toutefois, à mon avis, un diagnostic très soigné de la plupart des cas peut et doit être obtenu sans radiographie. Celle-ci est très utile pour montrer certaines choses qu'on ne peut apprendre par la sonde, comme l'étendue de grandes zones, qu'on ne peut totalement explorer, la position de dents qui n'ont pas fait éruption et de portions de racines, la forme et la longueur des racines, la configu-

ration et le contenu des canaux radiculaires, etc. Se rappeler que la longueur des racines n'est pas exacte d'ordinaire dans les radiographies, parce que le film n'est pas tenu parallèlement au grand axe des racines, et que le tube des rayons X n'est pas toujours perpendiculaire à cet axe, ce qui amène des distortions. Le rayon X est important aussi dans les abcès aveugles et dans d'autres cas d'accès difficile avec une sonde.

L'état du canal radiculaire peut d'ordinaire être déterminé très exactement par les rayons X. Sans radiographie il est nécessaire d'ouvrir le canal et d'enlever l'obturation radiculaire, si possible. C'est là une tâche d'ordinaire très difficile et accomplie très souvent d'une façon peu satisfaisante. Je crois que ce n'est pas une bonne pratique que d'employer le tour pour ouvrir un canal ou enlever son contenu, car elle a souvent pour résultat de perdre des dents.

Traitement.

Après un diagnostic complet et soigné, le traitement est indiqué d'ordinaire. On laisse trop d'abcès déverser continuellement de petites quantités de pus, absorbées en grande partie par le patient. Il faut guérir ces abcès, même si l'extraction est nécessaire pour cela. Mais on ne le peut tant qu'une portion considérable de la racine est dénudée ; aucune médication ne peut opérer le rattachement des tissus. La mesure radicale venant après l'extraction, c'est l'amputation de racines entières de molaires ou la résection des racines d'autres dents. J'ai quelquefois réséqué les racines buccales de molaires ; mais cette opération convient le mieux d'ordinaire pour les six dents antéro-supérieures et parfois pour une bicuspide supérieure. La plupart de ces opérations sur les dents inférieures échouent ; la seule qui ait réussi a été l'enlèvement d'une racine entière de la première molaire et d'une seconde molaire. La bifurcation des racines des secondes molaires inférieures est d'ordinaire trop profonde dans l'os pour que l'opération réussisse.

Pour l'amputation ou la résection d'une racine je suis la technique de T. L. Gilmer. Le canal radiculaire obturé et les tissus mous disséqués autant qu'il est besoin, avec un foret à double biseau, on fore un trou dans la racine au point où elle doit être sectionnée. Avec le même foret ou une fraise à fissures on coupe latéralement dans chaque direction. On unit autant que possible l'extrémité de la racine avec une fraise à fissures à lames émoussées. Recourir habituellement à un anesthésique local pour cette opération.

Beaucoup de praticiens traitent les abcès chroniques de la même façon sans tenir compte des différences qu'ils présentent. Cependant le premier point à trancher c'est de décider si le cas exige le traitement chirurgical. Si ce traitement n'est pas nécessaire, c'est-à-dire si le moyen de fixation de la membrane péridentaire est légèrement lésé, employer des moyens non chirurgicaux.

Aucune médication n'amènera le rattachement des tissus à l'extrémité radiculaire, pas plus qu'elle ne le ferait dans une poche purulente prenant son origine dans une infection du bord gingival. Des expériences récentes faites par des médecins ont montré que non seulement les escharotiques, mais même des antiseptiques doux font plus de mal que de bien dans le traitement des lésions. Pourquoi donc les dentistes continueraient-ils à introduire toute espèce de médicaments dans ces trajets quand une exploration de trois minutes indique clairement qu'un pareil traitement ne peut amener la guérison, en présence surtout de ce fait que de l'eau stérilisée vaut mieux quand les racines ne sont pas dénudées? S'il y a beaucoup de dénudation de l'extrémité radiculaire, la médication ne fera aucun bien ; si la dénudation est légère ou absente, la médication est inutile.

Je recommande en conséquence de procéder ainsi pour le diagnostic et le traitement de l'abcès alvéolaire chronique.

Diagnostic. — 1° Historique du cas ; 2° examen du tissu périapical ; 5° radiographie, si c'est nécessaire ; 4° examen du canal radiculaire.

Traitement. — 1° Extraction, en général, s'il y a beau-

coup de dénudation de l'extrémité radiculaire et si la dent est branlante ou s'il y a beaucoup de dénudation et si la dent n'est pas branlante, pourvu que la dent intéressée soit une dent inférieure autre qu'une première molaire avec une seule racine atteinte ; 2° amputation, s'il y a beaucoup de dénudation des racines de molaire, pourvu que la racine restante ou les racines restantes soient en bon état ; 3° résection si la dénudation est considérable et si la dent n'est pas branlante, cela pour les dents antéro-supérieures et à l'occasion pour les bicuspides supérieures et les racines buccales des molaires du haut ; 4° nettoyage complet et obturation du canal radiculaire, lorsque la lésion du ligament de la membrane péridentaire est légère.

TRAITEMENT ANTISEPTIQUE DES DENTS VIVANTES ATTEINTES DE CARIE PAR LA TEINTURE D'IODE

Par P. VANEL.
Chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

La carie dentaire du premier et du second degré demande non seulement un traitement mécanique destiné à enlever la dentine ramollie et même du tissu dur et sain pour la préparation de la cavité en vue d'une bonne rétention et pour prévenir le retour de la carie, mais encore un traitement antiseptique, une désinfection aussi complète que possible des tissus atteints de carie, afin de détruire les germes pathogènes qui ont envahi le tissu dentinaire en surface et en profondeur vers la pulpe par les canalicules.

Depuis longtemps, pour le traitement des dents vivantes atteintes de carie, traitement qui est peut-être de nos jours un peu trop abandonné par les dentistes modernes qui, voulant réagir contre l'ancienne méthode des cotons imbibés de substance antiseptique, sont tombés dans l'exagération contraire et obturent directement les dents après un simple nettoyage mécanique, depuis longtemps donc, je me suis attaché à la recherche d'un produit antiseptique possédant certaines qualités et permettant l'application d'un pansement provisoire occlusif. Cet antiseptique devra être presque idéal, puisqu'il devra être inoffensif, mais puissant, posséder un pouvoir bactéricide énorme, être sans odeur forte ou désagréable pour l'entourage du malade, être très diffusible, facile à manipuler et enfin surtout il ne devra déterminer ni coloration ni réaction pathologique secondaire sur la pulpe.

Il est absolument nécessaire si nous voulons agir efficacement sur la carie dentaire et nous opposer à son extension et à son retour et même donner à l'âme de la dent, c'est-à-dire à la pulpe, un plus grand pouvoir de réaction, que nous soyons en possession d'un corps capable de détruire les bactéries par simple contact et aussi de déterminer

une réaction, une excitation de la physiologie pulpaire : en un mot un corps qui soit à la fois antiseptique et tonique.

J'ai employé, puis rejeté tour à tour l'acide phénique, l'alcool à 90°, le formol, le chlorure de zinc, le nitrate d'argent, le sublimé, etc., etc. J'ai rejeté ces produits, parce que les uns avaient sur la pulpe une action nuisible médiate ou immédiate, soit une action escharifiante, soit une action excitante particulière déterminant une dégénérescence secondaire de la pulpe ; parce que d'autres avaient un pouvoir bactéricide insuffisant et étaient sans action sur la pulpe ; parce que d'autres enfin, comme le nitrate d'argent, déterminaient une coloration secondaire fort désagréable. C'est alors que j'ai songé à employer la teinture d'iode en raison de son pouvoir bactéricide puissant, de son innocuité absolue sur la pulpe, de son action bienfaisante sur cette même pulpe, de son maniement facile, de sa grande diffusibilité. Et jusqu'à ce jour je n'ai encore jamais trouvé d'inconvénients à employer la teinture d'iode comme pansement antiseptique du tissu dentinaire et comme excitant des propriétés physiologiques de la pulpe dans les caries non pénétrantes.

J'emploie la teinture d'iode ordinaire du codex et je l'applique de la façon suivante : le nettoyage mécanique de la carie et la préparation de la cavité étant faits, je place la dent à l'abri de la salive par la digue ou des rouleaux de coton ; je sèche convenablement à l'air chaud le tissu dentinaire et, à l'aide d'un tout petit morceau de coton, je badigeonne de teinture d'iode la dentine ; il suffit même d'un simple attouchement pour que toute la surface de la cavité soit recouverte par le produit et cela en général sans la moindre sensation pour le patient ; il faut seulement attendre un moment entre l'application de l'air chaud et l'application de la teinture d'iode pour éviter l'action désagréable des changements brusques de température sur la dentine. Ceci fait on place pour quelques jours une gutta, puis on obture définitivement ou on recommence le même pansement suivant le cas.

RÉSULTATS OBTENUS A L'INSTITUT DENTAIRE INFANTILE DE CAMBRIDGE

Leur importance sous le rapport de la voie à suivre.

Par Georges Cunningham.

(Communication à l'Association dentaire britannique.)

Les résultats obtenus pendant 4 ans dans les écoles élémentaires de Cambridge d'après la méthode suivie dans les villages de Bradford et d'Islington (comté de Cambridge) et à Cambridge même pendant 6 ans ont été si heureux que le Conseil d'enseignement a adopté cette méthode pour servir de modèle dans d'autres localités.

La caractéristique de la méthode consiste dans la limitation du traitement initial aux enfants dans la période 6 à 8 ans. On a donc commencé l'inspection et le traitement pendant le développement des premières molaires permanentes, pendant chaque année subséquente en y ajoutant les nouveaux élèves de 5 ans et en suivant ceux de 8 ans jusqu'à l'année d'après. De cette façon la période d'âge augmente chaque année d'un an, l'idéal étant de conserver les dents de ces enfants déjà traités en bon état pendant toute la vie scolaire et de ne les laisser entrer dans la vie à l'âge adulte qu'avec une denture saine et parfaitement utilisable.

Ce n'est pas seulement le procédé le plus efficace, mais c'est aussi le plus économique. Pour essayer de traiter des enfants plus âgés avec 6 ou 9 dents plus ou moins cariées il faudrait un personnel beaucoup plus nombreux et une dépense beaucoup plus grande que ne consentirait à les accorder une municipalité quelconque. Il peut sembler cruel de négliger les enfants de 10 à 12 ans ; mais la situation financière est toute-puissante, et en tout cas cela ne touche que les enfants au-dessus de 9 ans actuellement en classe, car tous les écoliers postérieurs commenceront à être traités quand ils entreront à l'école et continueront à être traités dans toute leur vie scolaire.

Un autre avantage du traitement à cet âge, c'est qu'il n'est plus besoin du davier pour traiter les dents permanentes. Il en résulte que l'enfant n'a plus peur du fauteuil d'opération, ce qui a une grande importance si l'on se rappelle que la fréquentation de l'Institut est facultative et que pour assurer le succès il faut la confiance des enfants et des parents.

Le nombre d'enfants que doit traiter un dentiste municipal en commençant sa clinique est en outre limité par l'interdiction du Conseil d'enseignement de donner des soins gratuits aux enfants dont les parents peuvent payer le traitement. Cette prohibition sembla à un moment devoir faire échouer le mouvement à Cambridge. On estimait absolument essentiel qu'il n'y eût pas de distinctions susceptibles de faire naître des jalousies entre les enfants fréquentant l'Institut, parce que les promoteurs voulaient avant tout protéger les dents des enfants malgré eux. De plus une somme à payer, si petite fût-elle, aurait éloigné beaucoup d'enfants, car les parents ne sont pas encore pénétrés de l'importance de conserver les dents de leurs enfants pour éviter les maux de tête et les extractions. En outre laisser leurs enfants venir à l'Institut sans payer serait de la part un aveu de pauvreté que peu de parents se soucieraient de faire. Enfin qui doit fixer ce que les parents doivent payer et comment le décider ? Un tarif ne pouvait suffire, car un homme ayant deux enfants et gagnant 45 fr. par semaine est plus à son aise qu'un père de 6 enfants gagnant 50 fr.

Cette prohibition fut formulée à Cambridge par la limitation du traitement aux enfants fréquentant gratuitement les écoles élémentaires, ceux des écoles supérieures ou payant en étant exclus.

Avec le traitement restreint aux enfants de 6 à 8 ans fréquentant les écoles gratuites, le nombre des traitements se trouve limité au point de vue dentaire et au point de vue économique.

Une des grandes difficultés à surmonter, c'est l'apathie

des parents. On en a triomphé ici par des conférences, des lectures, des réunions de mères de famille, des causeries avec les maîtres, etc., et surtout par une vigoureuse campagne de presse ; mais pas complètement, car il y a des refus, même parmi ceux qui ont été traités antérieurement. Sur ceux qui ont refusé antérieurement, 40 o/o ont consenti à se laisser traiter l'année dernière.

Etant donné que le traitement est gratuit et que les parents ne sont pas inintelligents d'ordinaire, la seule conclusion possible est que les parents ne font pas assez de cas de l'importance de ce traitement.

Pour combattre cette indifférence j'ai organisé des conférences pour hommes à l'Université, à l'Institut de l'usine à gaz, dans des sociétés, etc. Cela fit du bien, mais pas suffisamment. L'expérience m'a appris qu'il ne faut pas attendre que l'enfant aille chez le dentiste, mais que le dentiste doit aller à l'enfant. J'ai donc pris mon courage à deux mains et j'ai eu recours à l'aide des maîtres.

De là la conclusion que le manque de progrès provient non pas du manque de moyens ou du manque de savoir, mais du peu de cas que l'on fait d'une idée ou d'une chose. Dans notre clientèle nous constatons que nos meilleurs patients ne sont pas les plus riches, car beaucoup de ceux-ci ne nous donnent pas un temps suffisant pour tenir leur bouche dans un état de propreté suffisante.

REVUE ANALYTIQUE

La cavité buccale des sages-femmes cause d'infection pour les accouchées.

Guttmann, après avoir choisi quelques sujets dont la bouche mal tenue et garnie de dents cariées laissait fort à désirer, les fit parler, un temps moyen de cinq minutes, devant des plaques d'agar. Dans ces conditions, il a vu, qu'à une distance d'environ trente centimètres, on obtenait 200 à 300 cultures. Le streptocoque et le staphylocoque abondaient. La désinfection des mains de ces sujets soumise au contrôle donnait de 1 à 50 cultures.

Après mise en état de la bouche et pose des prothèses indiquées, les mêmes essais ont eu lieu. Le nombre des colonies s'est trouvé ramené, dans le premier cas, de 20 à 30, et la désinfection des mains a été trouvée parfaite deux fois sur trois (1 à 8 colonies) en moyenne.

Comme conclusion Guttmann pense qu'il serait nécessaire de prendre les mesures suivantes :

1° Chaque élève, à son admission à l'école des sages-femmes devrait produire, outre le certificat médical visant son état général de santé, un certificat dentaire, constatant l'état hygiénique de la bouche ;

2° Pendant le cours de ses études, l'élève devrait être renseignée sur l'importance de l'hygiène de la bouche. On devrait lui enseigner les soins rationnels des dents et de la bouche, et en particulier le danger que peut courir l'accouchée confiée à ses soins par la négligence de l'état de sa bouche ;

3° Chaque sage-femme devrait présenter une fois par an au médecin du district un certificat d'un dentiste désigné par lui, et indiquant l'état de la bouche ;

4° La sage-femme doit donner la plus grande attention aux soins de ses dents et de sa bouche et procéder, avant chaque accouchement, à une désinfection et à un nettoyage minutieux de cette cavité ;

5° Le manuel des sages-femmes devra être augmenté d'un chapitre traitant de l'hygiène des dents et de la bouche et, de plus, au passage qui traite de la suppuration des autres parties du corps chez les sages-femmes, il convient d'ajouter les suppurations de la bouche et particulièrement celles qui concernent les dents et les racines cariées.

Ajoutons à ces conclusions judicieuses qu'il ne serait pas mauvais que les médecins, chirurgiens et accoucheurs eussent connaissance des expériences relatées plus haut, afin de ne pas ignorer les effets néfastes que peut avoir une hygiène buccale défectueuse dans l'exercice de leur profession. (*Progrès médical Belge*, 1er décembre 1911.)

Traitement de la névralgie dentaire.

Tous les maux de dents ne sont pas d'origine infectieuse et les douleurs qu'ils provoquent sont souvent justiciables d'un traitement purement médical. Si même la douleur reconnaît comme cause une inflammation dentaire, les analgésiques permettent tout au moins de

supprimer les irradiations de voisinage, qui augmentent considérablement la souffrance du malade.

Dans d'autres cas, par exemple à la suite d'une intervention, soit extraction de dent cariée, soit opération sur une pulpe irritée, il se produit un état névralgique violent, sur lequel le dentiste demeure impuissant, mais qu'il est cependant possible de calmer facilement par une médication analgésique bien conduite.

Dans tous ces cas, on utilisera avec avantage les médicaments susceptibles d'exercer une action inhibitrice sur le système nerveux sensible. L'antipyrine, le plus ancien des analgésiques, est souvent utilisé en pareille occasion, mais les doses nécessaires, c'est-à-dire 1 à 2 grammes, sont trop élevées, car on arrive souvent avec elles à provoquer les phénomènes toxiques des aromatiques, notamment la cyanose et l'irritation gastrique.

Le pyramidon peut remplacer avantageusement l'antipyrine, car il suffit de doses de 0 gr. 50 à 1 gramme, mais il est encore susceptible, à l'occasion, de produire des inconvénients. La trigémine, au contraire, permet de juguler la douleur à la dose de 0 gr. 30 à 1 gramme, sans courir le risque de produire des accidents généraux.

La trigémine est le butyl-chloral-pyramidon ; elle joint aux propriétés analgésiques le pouvoir hypnotique des chlorals composés, ce qui est un grand avantage dans les névralgies très douloureuses, telles que les névralgies dentaires. On l'administre en capsules de 25 centigrammes. *(La Clinique,* 3 novembre 1911.)

La trigémine dans le traitement de l'insomnie douloureuse.

Le traitement de l'insomnie, quand elle est due à une cause douloureuse, rhumatisme ou surtout névralgie, ne saurait être établi au moyen des hypnotiques ordinaires et le succès ne saurait être obtenu que si l'on s'adresse à un médicament capable d'exercer une action sur la cause pathogène, c'est-à-dire sur l'élément douloureux. Bardet (*Bul. de Thérap.*, 23 mars 1911) a fait ressortir la nécessité de tenir compte de ces considérations dans le traitement des insomnies en général.

Il expose comment la pharmacologie moderne est insuffisamment armée pour obtenir des médicaments dont les propriétés ont pu être modifiées suivant le but à atteindre. Le chloral provoque le sommeil, mais n'agit pas contre la douleur. L'hypnal, qui est une combinaison de chloral et d'antipyrine agit déjà mieux sur l'élément douloreux névralgique. Mais cette action est au summum dans la trigémine, qui est une combinaison de butylchloral et de pyramidon. Cette préparation agit puissamment contre les douleurs névralgiques, même violentes et exerce également une action hypnotique remarquable. Ce sera donc l'hypnotique de choix contre l'insomnie douloureuse.

La trigémine s'emploie à la dose minima de 50 centigrammes, mais il faut atteindre 1 gramme et plus quand les douleurs sont vives. Le médicament étant hygroscopique doit être administré en capsules de préférence, la pharmacie en fournit de toutes faites. Au besoin, la trigémine peut être introduite dans une potion aromatique.

(*La Clinique,* 6 octobre 1911.)

Le recuit spontané des métaux en bouche.

Des observateurs attentifs ont remarqué que les obturations métalliques ayant séjourné longtemps en bouche semblent plus volumineuses qu'elles ne l'étaient précédemment, au moment de leur confection, par exemple, et cela, non pas avec les amalgames où la tendance à reprendre l'état sphéroïdal explique la déformation, mais avec les aurifications, les étains, les or-étains qui sont des obturations peu déformables, et ils ont été amenés à se demander si l'écart marginal existant entre la dent et l'obturation n'était pas l'effet d'un changement de volume de la dent ?

En réalité, la dent n'a pas varié, c'est l'obturation qui s'est modifiée. Sous quelle influence cette transformation a-t-elle eu lieu ?

On sait qu'un métal brut de coulée, soumis à des traitements mécaniques variés, passe à un état physique différent de l'état dans lequel se trouve le métal non écroui. C'est le phénomène bien connu de l'écrouissage. Ce changement d'état se manifeste par un changement de propriétés : tension électrolytique plus élevée que possède le métal écroui et modification des propriétés mécaniques. On dit que le métal écroui est dans un *état métastable* par rapport au non écroui qui se trouve être la forme *stable* dans les conditions ordinaires de pression. Cette transformation est reversible. Industriellement le métal écroui passe à l'état non écroui par une élévation de température. C'est l'opération du recuit. La vitesse de cette transformation est d'autant plus grande que la température de recuit se rapproche davantage du point de fusion du métal considéré. Autrement dit, la température de recuit peut être abaissée si la durée de l'opération est augmentée. A la température ordinaire, nous pouvons concevoir que cette transformation se produise, mais avec une vitesse extraordinairement faible. Ce phénomène n'a pas échappé à l'attention des métallurgistes, qui lui ont donné les noms suggestifs de *recuit spontané* et de *fatigue des métaux*. En effet, les propriétés conférées par les traitements mécaniques variés qu'a subis le métal se trouvent altérées du fait de cette modification. Elles tendent à devenir semblables à celles du métal non écroui. La ténacité, la dureté diminuent, les allongements totaux o/o augmentent, le métal se *fatigue*. Au point de vue structural les grains cristallins qui forment le métal non écroui, déformés par le travail mécanique, ont lentement repris leur forme : ils sont revenus à la forme stable.

D'autres facteurs que la température et le temps agissent sur cette vitesse de transformation. Les expériences de Cohen ont montré, en ce qui concerne l'étain, et cette donnée est susceptible de généralisation, que ce résultat pouvait être obtenu par voie chimique et par voie mécanique. Plus un métal est écroui, plus la croissance des grains cristallins s'accélère par suite des tensions internes qui se sont développées. Les conditions sont identiques en bouche. L'écrouissage intense que nous faisons subir aux obturations métalliques lors de leur confection les prépare d'autant mieux à cette transformation.

On a encore montré que cet état métastable du métal écroui pouvait cesser parfois assez rapidement par ensemencement cristallin. Le

métal métastable serait analogue à une solution sursaturée qui a dépassé son point de transformation et qu'un cristal suffit à faire cristalliser. Avec cette différence toutefois que la propagation de cette cristallisation est plus lente dans les métaux que dans une solution et qu'elle dépend d'un certain coefficient inconnu variable avec chaque métal. C'est ce que Cohen a appelé la maladie de l'écrouissage, qu'il ne faut pas confondre avec la peste de l'étain.

L'augmentation apparente de volume de nos obturations ne reconnaît probablement pas d'autres causes ; elle serait symptomatique du retour des grains cristallins à leur forme primitive. (*Laboratoire.*)

L'abrasion.

Au niveau du collet des dents et généralement sur leur face vestibulaire, l'abrasion revêt l'aspect particulier de lacunes cunéiformes (érosion des auteurs anglais). Cette abrasion apparaît sur les dents dont le collet est dégagé de la sertissure gingivale à la suite d'un léger déchaussement.

Ce sont des lacunes de petites dimensions en coup d'ongle, plus profondes à leur extrémité coronaire qu'à leur extrémité radiculaire et pouvant aller en profondeur jusqu'à ouvrir la cavité pulpaire. Même lorsqu'elles sont superficielles, l'attouchement à leur niveau éveille une douleur. Ces lésions, comme dans tous les cas d'abrasion, existent indépendamment de toutes autres lésions dentaires ou buccales. Frey signale que « la gencive est bien rarement enflammée. D'ailleurs l'aspect général de la bouche est caractéristique dans l'érosion : c'est une bouche propre, comme le sont les dents elles-mêmes ; pas de tartre ou à peine ; la langue est nette, pas étalée, ne portant pas l'empreinte des dents ; les bords et la pointe sont toujours d'un rouge vif ; la base l'est moins souvent, même blanchâtre. »

La cavité de l'abrasion conserve toujours l'aspect d'une rainure *à surface polie*, et cette surface, comme structure, peut correspondre à la fois à l'émail, à l'ivoire et au cément. A ce niveau les prismes de l'émail sont plus ou moins pigmentés. La dentine présente des espaces interglobulaires. Les fibrilles dentinaires paraissent avoir été coupées comme au rasoir. Dans la chambre pulpaire, en regard de ces lacunes, existent des épaississements dus à la formation de dentine secondaire, bien limitées à l'extrémité centrale des canalicules intéressés par la lésion.

De nombreuses théories pathogéniques ont été invoquées pour expliquer la production de l'abrasion au collet des dents.

1° Une théorie mécanique ;

2° C'est une carie ;

3° Plusieurs théories chimiques ;

a) Destruction des sels de chaux de la dent par une acidité pathologique.

b) Destruction de la trame organique, dentoïdine, soit sous l'influence des acides, soit sous l'influence d'enzymes protéolytiques, trypsine agissant en milieu alcalin.

c) Action du sulfocyanure de potassium.

4° Théorie mécano-chimique ;

5° Théorie de l'exfoliation ;

6° Hypercalcification de l'organe avec insuffisance de rétention par la trame organique ;

7° Stomatite mercurielle fruste.

La théorie la plus répandue est la mécano-chimique, qui invoque l'action décalcifiante des secreta acides des glandes muqueuses, aidée par l'usage de la brosse ou de tout autre facteur mécanique.

L'action efficiente des facteurs mécaniques paraît indéniable. Miller a même observé des cas d'usure sur des aurifications, des blocs d'ivoire ou des amalgames.

L'action des acides paraît moins démontrée. En effet, les auteurs ne sont pas d'accord sur la réaction de la salive dans les cas d'abrasion avérés. Pour les uns, elle est toujours acide ; pour les autres, elle est alcaline. De plus, l'ivoire sain est plus facilement et rapidement abrasé que l'ivoire ramolli par macération dans une solution acide.

La stomatite mercurielle fruste ne peut fournir l'explication que de quelques cas spéciaux.

Dans la pathogénie de ces lésions, il y a lieu de tenir compte d'une action mécanique et d'un défaut de résistance de la dent. Une action prédisposante peut être créée par la disposition réciproque de l'émail et du cément qui, dans certains cas, n'arrivent pas à se juxtaposer au niveau du collet et laissent à nu une petite zone d'ivoire. Les agents vulnérants agissent alors plus efficacement sur une substance moins résistante par sa constitution anatomique que les tissus ordinairement exposés. Même lorsque l'émail recouvre totalement le collet, il est à ce niveau d'une minceur extrême, et des actions mécaniques peuvent aisément le détruire sur une petite étendue. Il faut, en outre, admettre une action dystrophique — ce sont surtout les sujets arthritiques qui sont porteurs de ces légions — et une action mécanique qui se trouve tout simplement dans les soins hygiéniques eux-mêmes.

Dans l'étude de l'abrasion du collet, certains faits paraissent contradictoires, et cependant ils ne font que s'ajouter les uns aux autres pour apporter des données précises sur l'étiologie de ces lésions. Elles nécessitent, en effet, un déchaussement, et ce déchaussement existe chez les sujets arthritiques. L'action mécanique vulnérante, après avoir créé l'abrasion, devrait être la porte d'entrée de la carie. Mais il se trouve que les dents atteintes ont une tendance évolutive à combler leurs canaux dentinaires et leurs cavités pulpaires par la production de dentine secondaire. Et cette dentine secondaire apportée là par le processus dystrophique produit à la fois un vice de nutrition des éléments de la surface et crée, en même temps, une zone de résistance qui s'oppose à l'invasion des agents microbiens. Ce vice de nutrition augmente la quantité de substance minérale ; les tissus sont plus durs et tout de même moins résistants aux actions mécaniques, parce qu'ils sont moins élastiques. Au contraire, ils sont beaucoup plus résistants aux actions microbiennes, parce qu'ils sont beaucoup plus minéraux et beaucoup moins organiques. (*Revue de Stomatologie,* novembre 1911.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 7 novembre 1911.

Présidence de M. Heidé.

La séance est ouverte à 9 h. 10.

I. — Correspondance.

Le secrétaire général donne lecture des lettres d'excuses de MM. Godon et Fourquet.

II. — Allocution du président.

Le président. — Mes chers confrères, — Qu'il me soit permis de vous adresser à tous mes bien sincères remerciements pour l'honneur que vous m'avez fait de m'appeler à la présidence de votre Société.

Cette marque de sympathie et d'estime me touche beaucoup.

J'assume volontiers cette lourde tâche, parce que vous l'avez facilitée en élisant en même temps un bureau composé d'hommes pourvus d'un bagage scientifique supérieur et doués d'une activité hors de pair.

Je travaillerai de toutes mes forces au bien de la Société, afin de mériter la confiance que vous me témoignez.

Voilà trente ans que je suis à même de suivre notre Société dans son évolution : de petite et modeste à ses débuts dans la rue Richer et la rue Rochechouart, elle est devenue grande et importante dans les immeubles de l'École, rue de La Tour-d'Auvergne.

J'ai vu passer des hommes de grande valeur, qui ont laissé après eux d'unanimes regrets : ce sont les Jourdheuil, les Poinsot, les David, les Thomas, les Lecaudey et mon vénérable ami Dubois. Ces hommes, riches des fruits de leur expérience, s'instruisaient mutuellement : l'art dentaire est entré avec eux dans la voie du progrès scientifique et a pris sa place légitime au soleil, au grand étonnement de bien des personnes restées dans une impardonnable ignorance de cette branche de la médecine et de la chirurgie.

Je ne vois pas ici beaucoup de têtes grisonnantes, je vois au contraire des jeunes devant moi, tous des physionomies connues, tous des travailleurs pleins de zèle, ayant la conception de ce qu'est notre

art aujourd'hui, de ce qu'est le dentiste moderne, de ce qu'il doit être.

Permettez-moi donc de vous donner un conseil qui s'impose de plus en plus à tous : spécialisez-vous !

Comme disait dernièrement le doyen de la Faculté, le professeur Landouzy : « Notre Art s'épanouit en superbes ramures parmi les frondaisons de l'Arbre des Sciences médicales ».

Pour légitimer les paroles de cet éminent praticien, il me suffira de nommer Bœdekers, Miller, Choquet et Mendel-Joseph, tous bactériologistes éminents à qui nous devons des travaux si remarquables, Taft, Angle, Herbst, Korbitz, Siffre, qui se sont fait un nom dans l'orthodontie, Younger et Goud auxquels on est redevable des immenses progrès réalisés dans le traitement de la pyorrhée alvéolaire, Martin, Sachs, Martinier et Delair, ces maîtres dans l'art de la restauration, Peeso et Davenport qui ont fait progresser à pas de géants la confection des bridges, Jenkins dont le nom restera à jamais lié aux travaux de la porcelaine, Telschow, Viau et Jeay si méritants pour tout ce qui concerne l'anesthésie, sans oublier Blatter et Roy si compétents en tout ce qui touche à la chirurgie stomatologique.

Aucun de vous n'ignore ce que l'étude des maladies de la bouche et des dents doit à la bactériologie dont les services sont hautement appréciés pour tout ce qui concerne les maladies infectieuses et inflammatoires, ni ce qu'elle doit à la chimie qui a fourni les dissolvants du tartre dentaire à appliquer après le curettage et les désinfectants des culs-de-sac gingivaux.

Vous savez tous combien les affections de la gencive sont intéressantes à soigner et combien le patient vous est reconnaissant de vos soins.

Le service que vous rendez est immense, le curettage répété mensuellement est le meilleur prophylactique de la carie.

Dans les bouches que j'ai eu occasion de traiter de cette façon depuis quatre ou cinq ans, la carie n'a, dans bien des cas, jamais fait son apparition. Le curettage et le polissage des dents les rendent tellement lisses que les impuretés ne s'y attachent plus, n'y séjournent plus, ce qui a pour effet de supprimer les fermentations et la dissolution des sels minéraux des dents, processus qui se manifestent par la formation de ces tâches blanchâtres bien connues siégeant au collet des dents et résultant indéniablement du séjournement du tartre mou et des résidus alimentaires.

L'activité vitale de la dent est augmentée et, dans les mêmes proportions, sa résistance aux causes nocives.

La spécialisation dans l'étude des procédés d'anesthésie et d'analgésie est non moins intéressante. Comme je l'ai souvent entendu répéter par mon ami M. Godon, nous n'avons plus le droit de faire

souffrir nos concitoyens, attendu qu'une foule de moyens sont à notre disposition pour supprimer la douleur ; les injections intra-gingivales, intra-osseuses et régionales, le stypage, l'anesthésie par compression.

Nous pouvons rencontrer certaines difficultés opératoires dans tel ou tel cas, mais l'habileté manuelle ne peut manquer de s'acquérir, dirigée qu'elle est par une science toujours progressive et sûre d'elle-même.

Les jeunes orthodontistes qui se sont spécialisés dans l'art de corriger l'articulation des dents et de rétablir l'occlusion normale, de rétablir l'équilibre entre les deux mâchoires et surtout de modeler — si je peux m'exprimer ainsi — la figure au point de vue esthétique, les jeunes gens, dis-je, qui se consacrent à cette spécialité n'ont pas choisi la moins intéressante, ni la moins difficile et ils suivront ainsi dignement les traces de leurs devanciers que j'ai nommés tout à l'heure.

Une autre branche qui se greffe sur celle-ci, c'est la radiographie. Combien n'est-elle pas utile et intéressante !

La radiographie peut être utilisée plus souvent qu'autrefois parce qu'on peut obtenir actuellement des instantanés : pour rechercher ou reconnaître les corps étrangers, les restes de racines, les pointes d'instruments brisés, les esquilles, les séquestres, le faux-canal, les fistules (par injections de sous-nitrate de bismuth), la position et la forme des racines, la dent de sagesse et sa direction ; la présence ou l'absence de la dent permanente ou de son germe, les fractures du maxillaire, les maladies de l'os (sarcomes, etc.); puis pour comparer la transparence du plancher d'un sinus à celle de l'autre.

En radiographie dentaire il y a trois procédés, comme nous l'expliquait ici même M. Lacaille dans une conférence faite à la Société. La plus pratique est basée sur l'application du théorème des triangles isocèles : « aux angles égaux sont opposés des côtés égaux ».

J'aurai à vous présenter un soir une vue radiographique et stéréoscopique d'une racine incluse dans la mâchoire. C'est un cas de ma clientèle dans lequel la radiographie m'a rendu grand service.

Quant à la prothèse, je me permets de conseiller à quelques-uns d'entre vous d'étudier la prothèse restauratrice qui leur permettra de rendre de signalés services à de malheureux malades et les désignera comme des collaborateurs à certains chirurgiens pour lesquels leur compétence spéciale sera très précieuse.

Mais sans aller si loin dans les complexités de l'art, rien que le remplacement des dents vous offre déjà un champ d'études étendu au point de vue esthétique, lorsqu'il s'agit du placement et du meulage des dents artificielles si défectueuses par leur teinte et leur forme au sortir des magasins des fabricants.

L'enseignement de Bonwill, puis de Christiensen et d'Amoëdo a fixé les règles relatives au parfait fonctionnement des appareils.

Quant aux bridges, dans les cas où ceux-ci sont indiqués, n'avez-vous pas surpris les secrets de la nature en rendant aux édentés l'illusion d'avoir leurs premières dents!

Je ne quitterai pas ce chapitre sans attirer votre attention sur la céramique.

Les travaux de porcelaine de haute et de basse température produisirent une révolution dans l'art de l'obturation dentaire lorsqu'elle fit son apparition il y a une quinzaine d'années. Grâce aux remarquables progrès réalisés par Jenkins, pour en arriver aux pièces partielles en porcelaine il n'y avait qu'un pas à faire. Ces pièces, par leur solidité et leur aspect artistique, nous récompensent des difficultés de confection.

La clinique de stomatologie ouvre un champ d'expériences très intéressant à ceux qui voudraient se consacrer à son étude, car les cas que l'on observe diffèrent des cas cliniques que nous rencontrons chaque jour. Ils concernent les complications graves des affections dentaires et les opérations de chirurgie buccale que le dentiste, grâce à son habileté spéciale, est plus apte qu'un autre à pratiquer.

Toutefois, c'est là un domaine un peu à cheval sur l'odontologie et la chirurgie, et c'est lui qui constitue la stomatologie à proprement parler. C'est donc dans ce seul domaine que devraient se cantonner ceux, qui, soignant uniquement les dents, s'octroient un peu à tort la qualification de stomatologistes.

Les cas que l'on observe en stomatologie sont par leur rareté des plus intéressants et nous espérons que ceux d'entre vous qui auront l'occasion d'en observer voudront bien nous les faire connaître et je fais appel en particulier à la clinique de stomatologie de cette Ecole afin qu'elle nous fasse profiter du vaste champ d'expérience qu'elle possède.

J'ai voulu par ces quelques mots vous donner mon opinion sur les différentes spécialités de notre art, sans avoir la prétention de rien vous apprendre de nouveau, car je suis sûr que votre façon d'envisager les choses est identique à la mienne.

Avant de prendre possession de mes fonctions, je tiens à exprimer au nom de la Société toute la reconnaissance que nous devons à notre distingué président sortant, M. Ch. Godon, pour avoir consacré tout son temps à la Société d'Odontologie et cela dans une année où il a eu à traverser de cruelles épreuves, qui auraient expliqué son éloignement momentané de nos travaux.

Dans le courant de l'année, M. Godon a remporté un succès politique par sa nomination d'adjoint au maire du huitième arrondissement de Paris. On aurait pu croire que ces occupations municipales

absorberaient tout son temps : il n'en a rien été. Sa puissance de travail est devenue légendaire.

C'est donc avec un vif regret que nous le voyons remplacé au fauteuil ce soir. Remplacé n'est pas le mot, je ne pourrai remplacer mon éminent prédécesseur, je ne pourrai que lui succéder et j'espère que, tout en sortant du bureau de la Société d'Odontologie, M. Godon restera, sur les bancs des auditeurs, le plus fidèle et le plus intéressé de nos collaborateurs, et usera de sa haute compétence pour nous éclairer par des à-propos justes et précis dans la discussion. (*Applaudissements chaleureux.*)

M. Blatter. — Vous avez entendu les paroles élogieuses que M. le président vient d'adresser à M. Godon. Je m'associe pleinement à ces paroles. M. Godon, dans son discours, lorsqu'il a pris la présidence de la Société d'Odontologie en 1881, disait d'une façon très modeste qu'il avait été un des premiers artisans de la création de la Société d'Odontologie en 1881, ce qui remonte à 30 années. J'estime qu'après le passé de notre président sortant, après un passé aussi remarquable, après une vie professionnelle aussi active, consacrée à la Société et au Groupement, la Société d'Odontologie se doit de prouver à M. Godon son admiration, admiration qui se manifeste de tous les côtés en ce moment-ci à la suite de certaines campagnes malveillantes, malhonnêtes qui sont faites contre lui.

La Société d'Odontologie doit donc lui manifester de la reconnaissance. Aussi je demanderai au président de bien vouloir proposer aux suffrages de l'assemblée de conférer à M. Godon le titre de président d'honneur de la Société d'Odontologie. (*Applaudissements.*)

Nous avons d'ailleurs des précédents à cet égard dans l'histoire de notre Société, car la présidence d'honneur fut conférée en 1885 à M. Lecaudey et en 1887 à M. Poinsot et l'on peut voir dans l'annuaire de 1887 les noms de ces deux présidents d'honneur juxtaposés.

M. Georges Villain. — Je suis tout à fait de l'avis de notre ami Blatter. Tout dernièrement le directeur de l'Ecole, notre ancien président, a été attaqué très violemment, calomnieusement et je suis certain que la proposition qui nous est faite sera unanimement accueillie de même les termes dans lesquels elle nous est présentée indiquent bien le sentiment général des professionnels impartiaux. Je me demande cependant, si le règlement nous permet de prendre une telle décision sans qu'elle ait été mise préalablement à l'ordre du jour.

Je crois que ce soir il serait bon d'adopter le principe de la proposition de M. Blatter, de l'inscrire à l'ordre du jour de notre prochaine séance pour la porter à la connaissance de tous les membres de la Société d'Odontologie, qui sauront ainsi que nous nous proposons de nommer M. Godon président d'honneur de cette Société. Mais,

l'idée primordiale qui me dicte la proposition que je vous soumets est celle-ci : le journal *L'Odontologie*, qui est notre organe officiel, ne croit pas de sa dignité, de sa tenue, de répondre aux injures publiées à plusieurs milliers d'exemplaires par certains journaux professionnels. Nous croyons plus digne de laisser ces injures de côté et de les traiter avec mépris. Mais il est bon par contre que, de temps en temps, ceux qui reconnaissent en M. Godon le fondateur de cette Ecole, le père de l'Odontologie en France et à l'étranger, celui qui a dépensé avec un certain nombre de ses collègues toute sa vie ou la plus grande partie de sa vie à l'œuvre de l'Ecole dentaire de Paris, à l'Odontologie, à la défense des idées odontologiques dans le monde, il est bon, dis-je, il est nécessaire pour ceux-ci de saisir toutes occasions et lui crier publiquement notre admiration et notre reconnaissance. Il sied que nous lui donnions ce soir une marque de reconnaissance par un vote unanime, dont je ne doute pas, et en portant à l'ordre du jour de notre prochaine séance, par suite à la connaissance de tous notre projet de proposer sa nomination comme président d'honneur de notre Société, cela nous procurera une seconde occasion de lui prouver notre admiration et notre reconnaissance et permettra à tous les membres de notre société absents ce soir de se joindre à nous.

Le président. — Je vais mettre aux voix le principe de la proposition de M. Blatter. Comme nous ne voulons pas faire quelque chose qui ne soit pas conforme aux statuts, nous voterons sur le fond lors de notre prochaine réunion.

M. Georges Villain. — Cela serait peut-être réglementaire ce soir, je ne sais pas.

M. Roy. — Je ne crois pas non plus que cela serait anti-statutaire.

M. Viau. — Il faut que nous ayons le temps de voir ce qui en est, nous ne pouvons trancher la question ce soir. Il vaut donc mieux voter le principe simplement.

M. Georges Villain. — Mon but est de faire une double manifestation pour M. Godon.

Le président. — La proposition de M. Blatter, appuyée et amendée par M. Georges Villain, est adoptée à l'unanimité. (*Applaudissements.*)

III. — Avantages du scellement des bridges a la gutta-percha. — Présentation de malade.

M. Zimmermann donne lecture d'une communication sur ce sujet et présente son malade, qui est examiné par les membres de l'assemblée. (V. *Odontologie,* 30 oct. 1911, p. 538.)

DISCUSSION.

M. Robin. — Je profite de la communication de M. Zimmermann, pour rappeler que certains confrères ont mis en doute la valeur rétentive du scellement des bridges à la gutta.

L'exemple de M. Zimmermann nous montre l'excellence du procédé, que j'emploie depuis longtemps sans avoir observé le moindre inconvénient. Il nous permet en outre de desceller facilement l'appareil en cas de nécessité de réparation.

M. Mendel-Joseph. — Je désire dire quelques mots au sujet des quelques inconvénients que présente le scellement des ponts et des couronnes à la gutta-percha.

J'ai eu l'occasion de détacher des couronnes qui ont été scellées à la gutta-percha et j'ai pu constater qu'il s'en dégageait une odeur extrêmement peu agréable. Ce n'est pas une seule fois que j'ai pu constater le fait, mais plusieurs.

Il se produit des infiltrations dans la gutta, qui est une substance relativement poreuse et finit par se laisser pénétrer bien plus facilement par la plupart des liquides plus ou moins septiques de la cavité buccale, si bien qu'une fermentation se produit dans l'épaisseur de la gutta.

C'est à ce point de vue que je considère que la gutta n'est pas une substance parfaite. Elle doit être considérée comme un scellement provisoire, mais quant à la considérer comme une matière devant nous servir pour un scellement définitif, nous devons faire quelques réserves à ce sujet.

M. Touvet-Fanton. — Je ne suis pas du tout de l'avis de notre confrère, je suis même d'avis diamétralement opposé.

Lorsque vous défaites une couronne ou un bridge scellés au ciment, il est excessivement rare que vous ne trouviez pas une odeur d'infection tout à fait caractéristique du ciment.

Lorsqu'au contraire vous enlevez une couronne scellée à la gutta, je ne dis pas que cela n'arrive jamais, mais lorsque le scellement à la gutta a été très bien fait, avec tous les soins voulus et en employant la gutta suffisamment amollie (j'emploie maintenant pour cela le four de Henri Villain) ce même cas se présentera plus rarement.

Il faut avoir soin, je le répète, d'employer la gutta dense et bien amollie. Je crois que la gutta n'est pas facilement poreuse, elle ne peut le devenir que lorsqu'elle a été plus ou moins dissoute sous le bord de la couronne ou du bridge, mais si la couronne et le bridge ont été bien ajustés, la gutta ne doit pas pouvoir se détériorer et ne peut pas s'infecter. Bien au contraire le ciment se désagrège très facilement et la moindre porte d'entrée lui permet d'être infecté par infiltration. Je vous en donnerai pour preuve ce fait que dans une

dent qui n'est pas parfaitement soignée, dans un quatrième degré, lorsque vous l'ouvrez, vous sentez que le ciment lui-même est infecté.

Lorsqu'un quatrième degré a trouvé le moyen de se réinfecter d'une façon quelconque, à la suite d'une grippe vous avez vu par exemple des quatrièmes degrés parfaitement soignés qui donnaient lieu à des accidents infectieux. Si vous ouvrez à nouveau ces quatrièmes degrés qui avaient été bien soignés et obturés au ciment, l'odeur infecte qui s'en dégage vous donne immédiatement la preuve que ce ciment s'est infecté par l'apex de la racine. Avec la gutta vous n'aurez pas cela, ou très difficilement, très rarement. La gutta ne s'infectera que sur la partie exposée, mais il ne pourra pas y avoir une pénétration comme dans le ciment. Je suis donc d'un avis tout à fait opposé à celui du précédent orateur quant à l'infection facile de la gutta.

Reste un deuxième point, la ténacité de la gutta, sa résistance aux pressions exercées, dont parlait tout à l'heure notre collègue Robin.

Si le bridge est placé d'une façon parfaite, s'il est bien placé sur ses piliers, il n'y a pas besoin d'avoir recours à une matière de scellement pour le maintenir en place, par conséquent la matière de scellement ne doit pas être comprimée par l'articulation, puisqu'elle ne fait que de maintenir le bridge en place.

Je vois à l'emploi de la gutta un avantage. Si le bridge, à tort d'ailleurs, n'est pas parfairement entré d'un seul coup, s'il n'est pas parfaitement mis en place, la chaleur naturelle du corps et celle des aliments chauds, maintiennent la gutta à une certaine température, et celle-ci se trouve moins dure. Ceci, joint à la pression de la mâchoire, fait que le bridge finit par prendre sa place tout seul, sans excès de pression qui pourrait abîmer les bords des piliers. C'est souvent quand il y a 48 heures que le bridge est en bouche qu'il est admirablement placé. Si les piliers sont bien faits, la gutta ne peut pas donner de prise à l'infection.

Je donne à la gutta-percha, comme supériorité sur le ciment, une troisième facilité : c'est d'être à même d'enlever le bridge lorsqu'il a besoin d'être réparé, ou retouché, lorsqu'il y a lieu de soigner une dent contiguë à ce bridge.

Enfin dans le cas où le bridge pourrait être mal maintenu par la gutta, il est toujours facile de le remettre en place.

Voyez tous ces avantages et combien ils sont nombreux auprès du seul avantage que peut présenter le ciment par sa résistance.

Pour ma part je ne me sers que de la gutta-percha pour le scellement des couronnes et des bridges.

J'ouvrirai cependant une parenthèse pour certains cas, pour les cas mixtes, où il s'agit de bridges de peu d'étendue : je veux parler

de ces petits bridges dont nous faisons un pilier au moyen d'un inlay.

Pour le scellement, si vous scellez à la gutta tous les deux, je n'aurais pas de confiance dans le scellement d'un inlay à la gutta. Je mets donc de la gutta d'un côté et un peu de ciment sur l'inlay. Je ne crois pas qu'il soit difficile dans ce cas de desceller un inlay.

Mais pour tout le reste, je donne la priorité à la gutta pour toutes les raisons que j'ai indiquées.

M. *Robin.* — Je ne voudrais pas prolonger trop longtemps la discussion sur ce sujet, mais il me semble cependant qu'il y aurait intérêt à examiner un peu plus à fond cette question.

Je suis de l'avis de M. Touvet-Fanton, mais je dois ajouter que l'excellence des scellements dépend de la variété de la gutta employée.

Si nous employions de la gutta qui ne serait pour ainsi dire que de la pure gomme, nous savons la difficulté que nous aurions à la ramollir, mais nous obtiendrions un scellement non poreux.

Nous avons à notre disposition deux sortes de guttas : la blanche, qui contient une plus ou moins grande quantité d'oxyde de zinc, et la rouge colorée par l'addition à la gomme de sulfure de mercure insoluble.

Or, l'oxyde de zinc devient soluble en présence de l'acide lactique, et la gutta blanche devient en conséquence poreuse lorsqu'elle est exposée à l'action de cet acide. Il n'en sera pas de même si nous nous servons de gutta rouge dont le point de ramollissement est élevé; elle se conduira comme de la pure gomme ; elle résistera à l'action de l'acide lactique et ne subira pas cette désintégration chimique que j'ai indiquée tout à l'heure.

M. *Georges Villain.* — Comme le dit M. Robin, la valeur du scellement à la gutta-percha dépend de la gutta qu'on emploie.

Depuis cinq ans j'emploie de la gutta rose de Doherty extrêmement dure à ramollir, qui me donne de bons résultats.

J'ai constaté plusieurs fois qu'après avoir placé un bridge provisoirement avec de la gutta ordinaire très riche en oxyde de zinc, après quelques jours seulement, si je le retirais, la gutta était infectée.

Or il m'est arrivé d'avoir à desceller après plusieurs années un bridge scellé à l'aide de la gutta dure, et vraiment je n'ai remarqué aucune odeur d'infection exagérée ; je ne veux pas dire qu'il n'y ait pas d'odeur, mais il y en a moins que lorsque vous descellez un bridge scellé au ciment.

Il y a un moyen de concilier ces deux procédés, c'est d'employer le procédé mixte de la gutta et du ciment.

C'est un procédé que j'emploie très fréquemment, notamment dans le cas de bridges dont les points d'appui sont formés d'inlays-pivots pour lesquels on peut craindre que la gutta ne soit pas suffisante.

J'ai des bridges scellés à la gutta-percha dure depuis cinq ans, et je n'ai vu se produire jusqu'ici quoi que ce soit de défavorable.

(M. Georges Villain décrit ensuite comment il procède pour placer en bouche un bridge en employant le procédé mixte de la gutta-percha et du ciment.)

M. Touvet-Fanton. — Ce que Villain indique, et que M. Amoëdo a cité en son temps, est en effet un procédé excellent.

Je répondrai un mot à M. Robin. En effet, il s'agit de savoir quelle gutta on emploie. Contrairement à ce que disait M. Robin tout à l'heure, c'est la gutta-percha absolument pure qui est molle, au point de vous fondre dans les doigts. La gutta-percha pure est noire : j'en fais une dissolution au chloroforme, de façon à obtenir une espèce de gomme qui adhère partout et que je mélange en ajoutant de la gutta-percha rouge. En la fondant, en la chauffant, j'obtiens une gutta excessivement pâteuse, qui devient très dure. C'est avec de la gutta pure, qui est la moins poreuse possible, qu'on obtient une gutta excessivement molle et très adhérente.

M. Robin. — Alors, ma parole a trahi ma pensée ; j'ai dit ou voulu dire que la gutta pure est molle, mais ne devient pas poreuse.

M. Roy. — Je suis très heureux de l'observation que vient de faire M. Touvet-Fanton, parce que je voulais dire quelque chose à ce sujet à M. Robin qui a dit tout à l'heure : plus vous employez de la gomme pure, moins vous aurez d'inconvénients, moins vous aurez de porosité et plus votre bridge tiendra. C'est une erreur car une gutta fond à une température d'autant plus élevée qu'elle est moins pure c'est-à-dire qu'elle contient plus de matières étrangères à la gutta.

La gutta-percha, comme vient de le dire M. Touvet-Fanton, lorsqu'elle est pure est noire et absolument inutilisable sauf pour l'électricité, et encore la mélange-t-on pour la rendre plastique, autrement elle fond à une température très basse et n'est pas maniable. C'est en lui incorporant des matières étrangères qu'on arrive à la rendre maniable. On emploie surtout dans ce but l'oxyde de zinc.

Ce qu'il faut savoir, c'est que la dose de ces substances étrangères qu'on mélange à la gutta est variable suivant les cas, elle est de quatre à dix parties d'oxyde de zinc pour une partie de gutta pure.

Il faut pour avoir une gutta un peu résistante avoir au minimum quatre parties d'oxyde de zinc pour une de gutta. Vous pouvez augmenter et arriver à cinq ou six parties d'oxyde de zinc pour une partie de gutta.

On peut mettre d'autres substances. C'est ainsi que la pâte de Jacob contenait de la silice.

Je ne connais pas la composition de la gutta en plaque, il y a peut-être de l'oxyde de zinc, mais elle doit très probablement sa coloration au vermillon qu'on y ajoute, comme au caoutchouc, et c'est probable-

ment à ces substances surtout à l'oxyde de mercure, incorporées à la gutta que sont dues les qualités de la gutta dont on parlait tout à l'heure et non pas à d'autres raisons.

En tous les cas pour qu'une gutta fonde à une température élevée, il ne faut pas qu'elle soit pure, il faut au contraire qu'elle contienne des matières étrangères en très forte proportion.

Plus elle en contient, plus elle fond à une température élevée.

M. Zimmermann. — Je voudrais répondre à M. Touvet-Fanton qui disait que dans les petits bridges composés d'une couronne, une dent, un inlay, il scellait sa couronne avec la gutta et son inlay au ciment.

A mon avis, on ne doit faire de bridges avec un inlay scellé dans une dent, car les efforts masticatoires arrivent rapidement à desceller cet inlay. Il faut que l'inlay support soit indépendant du bridge et que celui-ci s'appuie seulement dans une encoche pratiquée dans ledit inlay. De cette façon on obient le bridge physiologique en laissant aux dents leur liberté de mouvement.

M. Touvet-Fanton. — Supposez qu'au lieu d'inlay j'ai parlé de couronne de Carmichaël.

M. le président. — Je rappellerai une présentation que M. Henri Villain nous a faite il y a deux ans pour un appareil qui nous facilite énormément l'emploi de la gutta pour le scellement des bridges et couronnes.

Je remercie M. Zimmermann de sa communication si intéressante, je le remercie aussi d'avoir bien voulu nous présenter un malade. *(Applaudissements.)*

(A suivre.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

GROUPE DES AMIS

De l'École dentaire de Paris et de l'Association générale syndicale des Dentistes de France.

A la suite de l'assemblée générale de l'Association générale syndicale des Dentistes de France la Commission exécutive du Groupe des Amis etc. a adressé aux membres de la Société la lettre que nous reproduisons ci-dessous :

Paris, le 30 janvier 1912.

Mon cher confrère,

Grâce à votre bon concours, l'assemblée générale de l'Association générale syndicale des dentistes de France du 21 janvier a donné aux candidats que nous vous présentions une majorité écrasante, qui a assuré leur élection immédiate.

Déjà, lors de l'assemblée générale de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, le 12 décembre, nos candidats avaient obtenu, par vos votes, une majorité énorme — 129 voix pour celui venant en tête de liste — tandis que tous les efforts des opposants, des mécontents et des amis personnels d'un ancien professeur de l'Ecole, improvisé candidat protestataire, n'avaient pu en réunir que 29.

A l'assemblée de l'Association, notre candidat venant en tête de liste est élu avec 276 voix, tandis que tous les suffrages de l'opposition, plus ou moins consciente de ses actes, n'ont pu grouper sur les noms de deux anciens présidents de l'Association que 98 et 92 voix respectivement. C'est que chacun est persuadé qu'ils ne représentent pas un *parti*, puisque leur programme consiste uniquement aujourd'hui à renier et à combattre tout à coup ce qu'ils avaient affirmé pendant 30 ans.

Leur attitude n'a pas été celle qu'on trouve chez des membres d'opposition ; ce sont des fonctionnaires *insurgés* contre les désisions de la majorité. Leur conduite ne pouvait qu'être blâmée : les élections en ont fait justice.

Pourtant tout avait été mis en œuvre par ces deux personnalités pour, pensaient-ils, s'assurer le succès : campagne violente, fondation d'un pamphlet contenant les diatribes les plus vives, envoi de circulaires, de lettres anonymes, présentation d'une liste empruntant à la nôtre un certain nombre de candidats pour donner le change et glisser au milieu d'eux quelques-uns des leurs.

Ces manœuvres n'ont pas abouti ; votre bonne foi et votre clairvoyance ne se sont pas laissé surprendre et vous avez donné votre vote aux candidatures que nous vous proposions pour assurer le maintien et le respect de l'ordre, des traditions et des convenances dans l'Association générale. Nous vous en remercions bien vivement et nous vous sommes reconnaissants de votre action.

Mais, mon cher confrère, notre œuvre n'est pas terminée ; elle n'est qu'ébauchée, il convient de la parachever.

Le Groupe des Amis ne s'est pas constitué, en effet, uniquement pour faire des élections et pour sauvegarder les statuts et les règlements de nos Sociétés ; il a aussi un but de surveillance des intérêts généraux de la profession, pour en préparer la défense, il doit rester vigilant.

Si, pour le moment, les questions de personnes sont écartées, il reste les questions qui touchent de près la profession. Déjà, à l'assemblée générale du 21 janvier, où les membres de notre Groupe se pressaient très nombreux, il a été possible, en présence de la force qu'ils représentaient et qui imposait le respect, d'écarter les discusions personnelles que préconisaient nos adversaires et d'amorcer une discussion sur les sujets dont votre Comité exécutif avait demandé la mise à l'ordre du jour de cette assemblée :

1° La lutte contre les stomatologistes ;

2° L'opposition à la création d'une chaire de stomatologie ;

3° Le contrôle et la surveillance de l'examen de validation du stage, qui doit se subir en juillet prochain pour la première fois.

Les débats sur ces importantes matières seront repris, sans doute prochainement, dans une nouvelle assemblée générale ; mais, dès à présent, il faut aller au plus pressé et commencer immédiatement des démarches pour empêcher d'aboutir la création projetée d'une chaire de stomatologie. A cet effet, le Conseil d'administration de l'Association portera cette question prochainement devant la F. D. N. qui sera reconstituée sous peu et l'invitera à faire toutes les diligences.

Vous le voyez, mon cher confrère, nous avons déjà avec ces premiers points une bonne besogne à accomplir et nous comptons sur vous pour nous aider à assurer le triomphe de ces revendications, essentiellement profitables à notre profession, à l'Association et à l'Ecole qui nous sont chères et dont nous voulons, avant tout, la prospérité.

Veuillez croire, mon cher confrère, à nos meilleurs sentiments confraternels.

Le Comité exécutif :

J. d'Argent, Blatter, Dreyfus, M. Roy, G. Villain.

Le secrétaire : H. Villain, 20, rue Caulaincourt.

LETTRE

Aux membres du Comité exécutif du Groupe des Amis de l'Ecole dentaire de Paris et de l'A. G. S. D. F.[1].

Par CH. GODON.

Mes chers amis,

Je tiens à joindre mes félicitations à celles qui vous ont été adressées de toutes parts pour le double succès que nous venons, grâce à vous, de remporter aux deux dernières assemblées générales de décembre et de janvier *de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris* et de *l'Association générale syndicale des Dentistes de France.*

Ce succès a montré que vous aviez enfin réussi à constituer, comme je l'avais réclamé, un groupe compact de défenseurs de nos Ecoles dentaires, unis par une commune sympathie et par une confiance réciproque en les administrateurs qu'ils ont choisis ; en plein accord avec eux au sujet des principes généraux qui doivent diriger l'évolution professionnelle et disposés à leur donner tout leur appui pour leur permettre d'agir en leur nom, avec force et persévérance, pour sauvegarder l'avenir de nos écoles et assurer la réalisation des revendications odontologiques.

De quel poids peuvent peser après cela les petites discussions personnelles suscitées par Pierre, Paul, Jacques ou Jean ? Elles n'intéressent en rien l'intérêt général. Elles peuvent entraver pendant quelques instants la marche de nos sociétés, provoquer des conflits plus ou moins fâcheux ; leurs auteurs en révolte peuvent, après avoir épuisé tour à tour toutes les juridictions, se réfugier même dans le maquis de la procédure ; qu'importe, cela n'a qu'un temps. C'est affaire aux Conseils judiciaires de nos Sociétés d'en obtenir la solution. Il faut tôt ou tard s'incliner devant les décisions de la majorité et, suivant une formule célèbre, *se soumettre ou se démettre.* Ecartons donc de notre route ces débats stériles et un peu ridicules qui n'ont que trop duré et continuons à négliger toutes les attaques discourtoises.

J'ai été personnellement très sensible à la belle manifestation de sympathie que votre circulaire du 30 octobre 1911 a provoquée de la part de plus de trois cents confrères de France et de l'étranger et

---

1. *Ce comité est ainsi composé : MM. Blatter, d'Argent, Dreyfus, M. Roy, G. et H. Villain. Lorsqu'il y a lieu d'agir au nom des Sociétés des trois Ecoles, la Commission comprend en plus pour l'E. O. : MM. Siffre, Barden et Fontanel et pour l'E. D. (Lyon), MM. Pont, Vicat, Vichot et le titre devient :* Groupe des Amis des Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique.

je les en remercie bien sincèrement [1]. Quelle que soit mon indifférence au sujet des attaques plutôt vives qui sont adressées parfois à l'homme, au lieu de l'être, comme cela devrait être, aux idées qu'il défend si on les trouve mauvaises, je ne puis cacher la grande satisfaction que j'ai éprouvée à constater ainsi qu'il existe un groupe nombreux de confrères qui comprennent l'idéal collectif auquel j'ai consacré la plus grande partie de mon activité et apprécient les efforts faits pour le réaliser. Cela est réconfortant et ne peut que nous encourager à continuer. Espérons que ces manifestations feront réfléchir les adversaires conscients ou inconscients de nos œuvres et qu'elles mettront un terme aux querelles intestines de nos sociétés.

En attendant, il y a lieu pour nous de tirer la leçon que comportent tous ses incidents pour en éviter le retour. C'est d'abord la nécessité de perfectionner assez nos organismes professionnels pour que tout fonctionnaire en révolte, parce qu'il a une compréhension fausse ou incomplète de leur but ou de leur organisation, soit contraint de se soumettre à leur juridiction ou puisse être écarté rapidement sans toute cette dépense stérile de temps et d'efforts qui affaiblit et discrédite nos œuvres. Ensuite de profiter de la revision des statuts de la F. D. N. par l'administrateur judiciaire et de la régularisation de la situation des Sociétés adhérentes qui s'impose, pour élargir assez les bases de cette Fédération afin que son Comité exécutif soit tenu de respecter toujours l'autonomie des Sociétés adhérentes. Il doit rester un *Comité consultatif national* des Sociétés aidant à l'entente et à l'action communes, mais non se substituer à elles. Cela a été ainsi compris du reste pour le grand *Conseil exécutif de la Fédération dentaire internationale.*

Il faut ensuite poursuivre résolument sans tarder notre action pour la réalisation du programme odontologique élaboré dans les dernières réunions du *Groupe des Amis des Ecoles dentaires* pour lequel des rapporteurs ont déjà travaillé.

Ce programme, qui a été confirmé dans la dernière assemblée générale de l'A. G. S. D. F. du 21 janvier 1912, porte, comme vous le savez, sur trois questions principales que je résume brièvement ainsi :

1° Poursuivre activement, aussi bien en France qu'à l'étranger, la lutte anti-stomatologique dont de récents événements, dont il ne faut pas s'exagérer l'importance, ont pourtant montré la nécessité ;

2° Donner particulièrement à la protestation des odontologistes contre la création d'une chaire de stomatologie dans les Facultés de médecine toute la suite qu'elle comporte, afin de provoquer l'ajournement de cette création par les pouvoirs publics, en en montrant actuellement l'inutilité pour les étudiants en médecine désireux d'ac-

1. V. *Odontologie* du 30 novembre 1911, p. 469, et du 30 décembre 1911, p. 559.

quérir quelques notions d'art dentaire au cours de leurs études médicales et toute l'insuffisance pour les élèves des écoles dentaires [1];

3° Veiller à l'application complète du décret de 1909 en ce qui concerne particulièrement le 1er examen de validation du stage au mois de juillet prochain, notamment pour la nomination du jury dont les chirurgiens-dentistes doivent faire partie, et pour le programme technique de l'examen, afin d'éviter que l'application du décret de 1909 ne soit faussée, comme l'a été celle du décret du 25 juillet 1893, et que par suite la réforme n'en soit atteinte ou même n'échoue.

Mais pour mener efficacement la campagne de 1912, ne pensez-vous pas qu'il faille, en attendant la reconstitution régulière et complète de la F. D. N., que nous indiquons plus haut et qui peut demander encore quelque temps, constituer au plus tôt la grande commission des délégués des sociétés, destinée à établir l'entente et à déterminer l'action commune, conformément aux ordres du jour de MM. Roy, d'Argent, Fourquet, Bonnard, Friteau et G. Villain qui ont été adoptés à la dernière assemblée générale de l'A. G. S. D. F. [2].

Peut-être sera-ce enfin le premier pas vers l'union odontologique rêvée. En tous cas, elle doit être tentée pour l'application du programme auquel le *Groupe des amis des Ecoles dentaires* a donné sa pleine adhésion.

J'ai tenu, mes chers amis, à vous faire part ainsi publiquement, dans cette lettre un peu longue, des quelques réflexions que les récents événements m'ont suggérées, à distance de notre champ habituel d'action pendant les quelques jours de repos que je me suis octroyé, par conséquent avec le calme et le recul favorables. Je pense qu'elles seront, avec votre dernière circulaire, l'épilogue utile d'une période critique ; mais je suis persuadé aussi qu'avec notre organisation démocratique il faut de plus en plus, pour que tous nos collègues puissent intervenir et juger avec connaissance de cause et que les procédés de basse politique que certains emploient trop souvent dans leurs polémiques soient sans action sur eux, qu'ils soient toujours tenus au courant des moindres événements de la vie professionnelle de nos Sociétés et des motifs d'agir de leurs représentants. Cela évite les équivoques, dissipe les malentendus, confond les calomnies, ne peut avoir enfin que des avantages pour tous et surtout pour ceux qui, comme vous, se dévouent sans compter et avec le plus complet désintéressement à la défense professionnelle.

Veuillez agréer, mes chers collègues et amis, l'assurance de mes meilleurs sentiments. CH. GODON.

Hyères, 1er février 1912.

1. Voir aussi l'ordre du jour adopté par le Conseil d'administration de l'E. D. P., page 131.
2. V. ces ordres du jour, *Odontologie* du 30 janvier 1912, p. 96.

SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

Ordre du jour.

Les membres du Conseil d'administration de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, dans la séance du 9 janvier 1912.

Considérant que le projet de création d'une chaire de stomatologie dans les Facultés de médecine compris dans le décret sur la réforme des études médicales du 11 janvier 1909 pourrait recevoir prochainement son application si les crédits relatifs à la réforme des études médicales inscrits au budget de 1912 étaient votés intégralement par le Sénat, comme ils l'ont été par la Chambre des députés ;

Considérant l'inutilité d'une telle chaire ;

Soumettent à l'appréciation des pouvoirs publics les considérations suivantes, qui résument leur protestation contre la dite création :

1° Si la chaire est créée en vue de donner aux étudiants en médecine des notions d'art dentaire, elle n'est pas nécessaire, puisqu'il existe des services dentaires dans les hôpitaux et puisqu'il suffirait de l'obligation pour les étudiants en médecine de 4e année d'un stage combiné d'un à trois mois dans les écoles dentaires et dans quelques-uns des services dentaires des hôpitaux ;

2° Si cette chaire a pour but de remplacer l'enseignement dentaire complet destiné à former des chirurgiens-dentistes, elle serait tout à fait insuffisante, attendu qu'elle ne saurait remplacer l'enseignement complet théorique et pratique des écoles dentaires, qui comprend plus de 20 cours théoriques et plus de 40 cours techniques par semaine ;

3° Enfin cette création irait à l'encontre de la décision des membres du Parlement formulée en 1894 dans le rapport Bastid au nom de la Commission du budget et ainsi conçue :

« *Est-il donc nécessaire que l'Etat vienne détruire ce qu'a produit* » *l'initiative individuelle ?*

» *Il nous a semblé que la loi du 30 novembre 1892, en rendant obli-* » *gatoire le diplôme de chirurgien-dentiste pour l'exercice de l'art den-* » *taire, n'imposait pas nécessairement à l'Etat d'organiser cet enseigne-* » *ment dans ses Facultés. Il existe à Paris deux écoles dentaires qui ont* » *donné les meilleurs résultats et qui sont en plein fonctionnement. On* » *peut prévoir que des écoles de ce genre s'organiseront ailleurs. Si l'on* » *impose cet enseignement dans les Facultés qui ne le demandent pas,* » *c'est la mort des établissements libres.* »

Il y a lieu d'ajouter que les écoles prévues par le Rapporteur de 1894 se sont créées depuis à Lyon, Bordeaux, etc.

Les membres du Conseil d'administration émettent en conséquence le vœu que le Sénat repousse les crédits demandés dans le projet de budget de 1912 pour la création de cette chaire.

ASSOCIATION DE L'ÉCOLE ODONTOTECHNIQUE

Ordre du jour.

Le Conseil d'administration de l'Association de l'Ecole odontotechnique, réuni en séance extraordinaire le 26 janvier 1912, pénétré de la nécessité absolue d'obtenir l'union de tous les Groupements professionnels en vue de la défense des intérêts de l'Odontologie et fidèle à sa politique d'entente professionnelle, émet le vœu :

1° Que toutes les Sociétés professionnelles, scientifiques, syndicales et scolaires adhèrent à la Fédération dentaire nationale, afin de donner à cette Fédération une plus grande force morale dans son rôle de défense professionnelle ;

2° Qu'au cas où cette adhésion unanime ne pourrait s'effectuer tous les Groupements professionnels sans exception nomment un délégué par 50 membres ou fraction de 50 membres, dont l'ensemble constituerait une grande Commission que l'on pourrait appeler soit « Conseil supérieur de l'Odontologie » ou « Comité exécutif national des Groupements odontologiques de France » et, qui aurait pour mission exclusive de porter et de défendre auprès des pouvoirs publics les revendications de la profession ;

3° Invite le Bureau de la F. D. N. à faire connaître à toutes les Sociétés professionnelles les vœux ci-dessus, au nom du Conseil d'administration de l'Association de l'Ecole odontotechnique.

Le président, RODOLPHE.

Le secrétaire général, BRUEL.

MANIFESTATION DE SYMPATHIE

à M. Elof Förberg.

M. Elof Förberg a célébré le 1er décembre 1911 le 60e anniversaire de sa naissance à Djursholm (Suède). Tous se rappellent sans doute cet aimable confrère, qui prit part à nos Congrès de 1889 et de 1900. Très apprécié dans son pays natal, comme il l'est d'ailleurs à l'étranger, il a été délégué à plusieurs reprises par le Gouvernement suédois et par la Société des dentistes suédois à des réunions dentaires internationales.

Elof Förberg est né à Norrköping. Après avoir passé l'examen de chirurgien-dentiste en Suède en 1875, il obtint l'année suivante le titre de D. D. S. à l'Ecole dentaire de Philadelphie. La même année il s'installait à Stockholm et fut nommé en 1884 dentiste de la cour du prince royal et de son épouse. En 1897, il devint membre de

l'Institut Karolinum pour le perfectionnement de l'enseignement dentaire.

Président d'honneur du Congrès dentaire international de 1900, il a été en 1900 et 1901 vice-président du bureau du Conseil exécutif de la F. D. I. et en 1903 délégué de la Suède au Congrès de Madrid.

La Société des dentistes suédois a remis à M. Förberg pour son anniversaire une adresse ornée de peintures en miniature.

De leur côté les dentistes suédois possédant le titre de D. D. S. lui ont offert une coupe dorée, exécutée par un bijoutier de la Cour, avec une dédicace.

Ses amis lui ont fait remise d'un écrin émaillé et garni de perles contenant une plaque en or représentant la maison d'habitation de M. Förberg à Djursholm. L'écrin a été exécuté également par un bijoutier de la Cour.

Le jubilaire a réuni dans un dîner ses admirateurs et ses amis ; de nombreux toasts y ont été portés, notamment par le général Wrangel.

M. Förberg a enrichi la littérature professionnelle de travaux importants tels que l'*inopportunité de l'extraction de la dent de six ans*, qu'il m'a chargé de présenter à la Société d'Odontologie.

C'est comme représentant de l'École dentaire de Paris à Brême en 1884 que je fis sa connaissance ; depuis, nous sommes liés d'une amitié sincère. Nombreux sont les amis qu'il a su se faire parmi les dentistes français qui, comme moi, apprécient ses grandes qualités.

Au mois d'août 1912, nous aurons occasion d'aller le voir à Stockholm pour la réunion de la F. D. I. Nos confrères suédois se préparent à nous recevoir dans cette capitale et les réceptions seront particulièrement brillantes, car la session aura lieu sous le haut patronage de S. M. le Roi Gustave.

R. Heïdé.



Elof FORBERG

Le bureau de la Société d'Odontologie a envoyé la lettre suivante à M. Elof Förberg, dentiste de la cour de Suède, à l'occasion de son soixantième anniversaire, ses collègues du monde entier ayant tenu à lui exprimer en cette circonstance leur estime et leur admiration.

Paris, le 25 janvier 1912.

Monsieur et honoré confrère,

Je suis particulièrement heureux d'être auprès de vous l'interprète de la Société d'Odontologie de Paris, qui me charge de vous envoyer à l'occasion de votre jubilé un témoignage d'estime et d'admiration.

Les travaux que vous nous avez exposés en France il y a 10 ans notamment, votre étude sur la dent de six ans pour laquelle j'ai eu l'honneur d'être votre porte-parole, sont encore présents à nos esprits. La démonstration si péremptoire que vous faisiez alors de l'importance de la conservation de la dent de six ans a reçu depuis l'approbation de la profession tout entière.

Nous nous souvenons aussi de la part importante que vous avez prise à la vulgarisation de l'hygiène dentaire.

A tous ces titres, la Société d'Odontologie de Paris vous exprime sa reconnaissance.

A l'occasion de votre jubilé, elle vous prie d'agréer les vœux sincères de bonheur et d'heureuse longévité que forment pour vous tous ses membres.

Il m'a été particulièrement agréable d'être appelé par mes fonctions de président de la Société d'Odontologie à vous exprimer les décisions prises à votre sujet par son Bureau le 23 janvier 1912.

Je vous prie de croire, cher et honoré confrère, à l'expression de ma vive et fidèle amitié.

Le président,
R. Heidé.

A. G. S. D. F.

Commission syndicale.

Extrait du rapport de la Commission présenté au Conseil d'administration le 20 janvier 1912.

Aux Sociétaires.

Depuis plusieurs années les juges de paix de Paris et de la banlieue font appel à la Commission syndicale de l'Association pour tous différends, arbitrages ou litiges entre chirurgiens-dentistes, leurs clients ou leurs employés.

Il est incontestable que notre Commission syndicale, composée de professeurs de l'Ecole dentaire de Paris, offre toutes les garanties de connaissances désirables pour juger avec compétence les différents cas susceptibles de se présenter touchant l'art dentaire.

On ne saurait donc mettre en doute les avis soumis à son appréciation, entourés de tout le savoir qu'on est en droit d'exiger pour juger, avec impartialité, les cas parfois si délicats, que présente l'exercice de notre profession.

Aussi ne sera-ce pas en vain, nous l'espérons, que nous nous permettons de faire appel à nos confrères pour les engager à l'avenir, et d'une manière générale, à faire nommer le président de la Commission syndicale de l'Association de l'A. G. S. D. F. comme expert par les juges de paix.

Nous croyons inutile d'insister sur l'intérêt que présenterait pour nos confrères l'adoption de cette manière de faire.

Les droits pour une expertise se montent à 20 francs et tout membre de l'Association est exonéré de ces droits.

Le président de la Commission syndicale,
G. Fouques.

EXPOSITION INTERNATIONALE D'HYGIÈNE SOCIALE DE ROME 1912

Monsieur,

Vous avez reçu il y a quelque temps une circulaire du Comité de Patronage de l'Exposition internationale d'hygiène sociale de Rome vous invitant à participer à cette manifestation industrielle et scientifique.

Le groupe XVIII (Odontologie), qu'on nous a demandé d'organiser, comprend tout ce qui a rapport à l'Art dentaire.

Nous insistons sur le caractère intéressant de cette manifestation placée sous le haut patronage et sous les auspices du Comité français des Expositions à l'étranger.

Il importe que notre classe soit aussi brillante que dans les Expositions précédentes et digne de la place spéciale qui lui a été réservée parmi les autres groupes de l'Exposition.

Vous avez la faculté de faire une exposition isolée, en votre nom personnel, de tous vos travaux graphiques, instruments, etc., au même titre et aux mêmes conditions matérielles que tout exposant[1].

Mais dans un but de vulgarisation et pour donner à notre groupe un plus grand essor nous avons décidé d'organiser une collectivité en vitrine au prix de 50 francs net par case de 0 m. 30 ou même de 25 francs pour petit instrument ou moulage [2].

Enfin vous pouvez nous envoyer vos travaux, publications et documents intéressant l'art dentaire, réunis de préférence en un volume relié pour figurer dans la bibliothèque scientifique française. Cette exposition ne vous coûte que 10 francs pour le premier volume et 5 francs pour les suivants.

Si, comme nous l'espérons, vous voulez bien nous accorder votre concours, ce dont nous vous remercions à l'avance, nous vous prions d'envoyer votre demande d'admission à l'un des signataires de la présente circulaire ou au délégué de la section française, M. Girard, 20, rue Saint-Lazare, Paris, le plus rapidement possible, les adhésions devant être casées sous huitaine.

Nous vous prions d'agréer l'expression de nos sentiments dévoués.

Le vice-président,
Dr GÉO ROUSSEL,
101, Avenue des Champs-Elysées, Paris.

Le président d'honneur du groupe XVIII
Dr CH. GODON,
Directeur de l'Ecole dentaire de Paris, 40, rue Vignon.

---

1. Voir circulaire du Comité de Patronage.
2. Les colis doivent être adressés franco au délégué de la section française, M. Girard, 20, rue Saint-Lazare, Paris.

VARIA

L'incendie d'une bouche.

« Tout le monde connaît l'affiche que Capiello a dessinée pour une réclame de la ouate thermogène et qui représente un personnage de la bouche duquel sort une gerbe de flammes.

» Certains connaissent aussi, pour l'avoir vu faire son « numéro » soit dans une rue barrée, soit à la terrasse des cafés des boulevards extérieurs, ce camelot qui s'intitule la « torche humaine » et qui crache du feu !

» Il se remplit la bouche d'alcool à brûler — quel gargarisme ! — allume cet alcool, souffle aussitôt et projette en l'air — telle une grosse lampe à souder — une flamme de 50 à 60 centimètres de longueur.

» Je ne sais si après ce flambage sa bouche est aseptique, du moins il ne paraît pas se brûler.

» J'étais bien loin de penser à lui faire concurrence ou à imiter le personnage à la ouate thermogène au moment où j'ai vu sortir de la bouche d'une patiente une gerbe de flammes d'au moins 30 centimètres de haut ! » C'est ainsi que s'exprimait un de nos confrères qui me narrait ce qui suit :

On avait à intervenir profondément dans la gencive à l'aide du thermocautère, au-dessus d'une incisive centrale supérieure à un point très douloureux.

Pour rassurer la patiente et insensibiliser un peu la partie malade on y projeta pendant une minute un jet de chlorure d'éthyle.

On fit ensuite avec l'électro-cautère la pointe de feu profonde et nécessaire à l'endroit malade.

Au moment précis où l'on touchait la gencive, le chlorure d'éthyle s'enflamma, ainsi que celui qui était tombé sur les dents du bas, le vestibule et la lèvre inférieure.

La patiente et l'opérateur eurent une émotion en voyant passer entre eux, tel un éclair, cette superbe flamme !

L'opérateur ne perdit pas son sang-froid et à la seconde même et avec force, il souffla violemment dans la bouche de la patiente !

La flamme s'éteignit aussitôt et la jolie patiente n'eut que le duvet de la lèvre, le bout du nez et quelques cheveux grillés.

Elle n'en garda pas rancune au praticien mais elle lui affirma qu'avant de venir au rendez-vous suivant elle allait s'assurer contre l'incendie!

Th. Morineau.

Napoléon chez le dentiste.

Dans une vente d'autographes qui eut lieu à Londres ces temps derniers, se trouvait une lettre du lieutenant-colonel Gorrequer, qui monta à plus de 400 francs.

Ce Gorrequer, qui est désigné comme médecin dans le journal auquel j'emprunte mon information, fut en réalité le secrétaire de sir Hudson Lowe à Sainte-Hélène et cette situation explique le ton, plutôt malveillant de sa lettre. Il s'agit, évidemment, de l'illustre prisonnier, du général Bonaparte, comme Hudson-Lowe s'obstinait à l'appeler.

— « Il a perdu récemment une dent (la dent de sagesse). Ce fut la première opération chirurgicale qui fut jamais exécutée sur sa personne et en cette circonstance sa conduite fut loin d'être courageuse. Pour pouvoir procéder à l'extraction de la dent malade, le dentiste fut obligé de le faire maintenir par terre. Depuis ce temps, il se plaint beaucoup et garde la chambre, où malgré la chaleur de la saison il exige qu'on fasse du feu. Il reste ainsi à cuire pendant des heures dans un bain à 120°. (Fahrenheit). »

Voilà un document nouveau sur les soins médicaux qui furent donnés à l'Empereur déchu ; dans son étude si documentée sur les derniers jours de l'Empereur, M. Frémaux n'en fait pas mention.

(Revue Médicale d'Aix-les-Bains.)

Un problème résolu.

Un journal pédagogique connu donne chaque semaine, aux maîtres, des exemples de « problèmes scientifiques ». A force de se torturer l'imagination, le rédacteur de cette revue arrive à découvrir d'assez plaisants casse-têtes.

Que dites-vous de celui-ci ?

« Etant donné que la mâchoire inférieure s'écarte en moyenne de 1 cent. 5 de la mâchoire supérieure par chaque mouvement de la mastication, et que ce mouvement se reproduit environ 40 fois par minute, calculer le chemin parcouru ainsi par le menton d'un individu qui, depuis l'âge de 3 ans jusqu'à 65 ans, a fait, par jour, deux repas

durant chacun environ 20 minutes, un déjeuner du matin de 6 minutes et une collation de 4 minutes.

« La solution — qui tient compte des années bissextiles — révèle que « le chemin parcouru par le menton de l'individu égale 1.358 kilomètres 700 mètres ».

Par bonheur, l'individu en question avait la mâchoire bien attachée.

(*L'Express*, Genève, 15 novembre 1911.)

Dents en bois.

A quoi bon se faire obturer les dents au ciment puisque les Japonais, toujours ingénieux, viennent de mettre en circulation le râtelier de bois! Le premier spécimen de cette invention est arrivé il y a quelques semaines à Seattle (Etats-Unis), et les douaniers se sont trouvés assez embarrassés pour tarifer le juste droit d'entrée. On a demandé des instructions et, en attendant, on a retenu et étudié la merveille. C'en est une. La taille de chacune des dents dénote une extraordinaire habileté. C'est évidemment de la sculpture d'après un modèle d'une rare perfection. Il n'y a qu'une différence avec nos râteliers, c'est que les molaires ont toutes l'aspect de mignons fers à cheval. Le tout est dressé sur une forme artificielle, pétrie en une matière inconnue.

Les Japonais ont l'espoir de détrôner, en Amérique, par cet « import » nouveau, la mode des montures d'or.

(*A. B. C.*, Genève, 1911.)

Perplexité.

On a pu lire dans un journal d'assurances très sérieux de New-York, l'entrefilet suivant :

« Peut-on assurer les fausses dents ?

» Une Compagnie d'assurances contre l'incendie se montre en ce moment-ci très perplexe : un assuré lui réclame le remboursement d'un râtelier que sa femme, en toussant, a laissé tomber dans le fourneau de sa cuisine.

» Le râtelier en question, se demande la Compagnie, peut-il être considéré comme faisant partie du mobilier de la salle à manger cou-

vert par la police, ou n'est-ce qu'une machine à mastiquer dont on n'aurait pu prévoir l'assurance ? »

Et il y aura procès. On ne s'y ennuiera point.

(*Le Radical*, 1er janvier 1911.)

Etouffé par une dent.

Un ouvrier, nommé Messmer, est mort à l'hôpital de Munsterlingen, où il allait être opéré. En déjeunant, Messmer avait avalé une dent de son râtelier et celle-ci l'a étouffé.

(*La Suisse*, 6 octobre 1911.)

NÉCROLOGIE

Notre confrère M. Paulme, chef de clinique honoraire à l'Ecole dentaire de Paris, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'avoir la douleur de perdre sa femme à l'âge de 40 ans.

M. Blatter, directeur adjoint, représentait l'Ecole aux obsèques, qui ont eu lieu le 1er février.

Nous adressons à notre confrère nos bien sincères compliments de condoléances.

NOUVELLES

M. Serres, chevalier de la Légion d'honneur.

Nous apprenons avec le plus grand plaisir que M. Serres, professeur de physique, mécanique et métallurgie à l'Ecole dentaire de Paris, vient de recevoir la croix de la Légion d'honneur.

M. Serres est un des plus anciens et des plus dévoués membres du corps enseignant de l'Ecole, dont il fait partie depuis 1887, c'est-à-dire depuis 25 ans. Il est le créateur du cours qu'il professe et les nombreuses générations d'élèves qu'il a instruites conservent de son enseignement le meilleur souvenir.

Il avait reçu la médaille d'or des professeurs en 1908.

Tous ceux qui connaissent M. Serres seront heureux de la distinction si méritée qui vient de lui être conférée.

Nous lui adressons nos plus vives félicitations.

Mariages

On annonce le mariage de notre confrère M. Louis Véaux, membre de l'A. G. S. D. F., avec Mlle Marguerite Michel, et le mariage de M. Camille Rigaux, pharmacien de 1re classe, élève à l'Ecole dentaire de Paris, avec Mlle Lucile Vial.

Nous leur adressons nos vœux de bonheur.

Distinctions honorifiques.

Nous relevons dans le *Journal officiel* du 15 janvier les distinctions honorifiques suivantes conférées récemment :

1° MEMBRES DU GROUPEMENT DE L'E. D. P. ET DE L'A. G. S. D. F.

Officiers de l'Instruction publique.

MM. Cernéa, Paris
Delétang, —
Fabret, Nice
Freeman, Besançon
Lalement, Paris
Mme Marillier, Paris
MM. Paulme, —
Pélissier —
Pillière de Tanouarn, Paris

Officiers d'Académie.

MM. Bayer, Paris
Cohen, Valenciennes
Crocé-Spinelli, Paris
Fléty, Dijon
MM. Godin, La Roche-sur-Yon
Léger, Paris
Martin (Dr F.), Lyon
Miégeville, Paris

2° AUTRES MEMBRES DE LA PROFESSION.

Officiers de l'Instruction publique.

MM. Brugeille, Bordeaux
Cassé (Dr), Caen
Delahaye, Avallon
MM. Delzant, Paris
Gangloff, —

Officiers d'Académie.

MM. Blanchard, Paris
Bloch, La Chapelle-la-Reine
Brault, Paris
Brunet (Dr), Bar-le-Duc
Chalamet, Paris
Geiger, —
Guillaumin, —
Pietkiewicz (Dr), Paris
Malinjoud, —
MM. Maréchal, Paris
Mercier, Dax
Morel, Dreux
Oustric, Draguignan
Ravet, Lyon
Tessier, Montauban
Vincent, Bergerac
Wahl, Paris

Nous adressons nos félicitations à nos confrères.

Cercle odontologique de France.

L'assemblée générale du Cercle odontologique de France aura lieu à l'Hôtel des Sociétés savantes le samedi 2 mars 1912 à 10 heures du soir. Elle sera précédée de 8 h. 1/2 à 10 heures d'une séance scientifique.

Le lendemain dimanche 3 mars, comme de coutume, à l'occasion de

cette manifestation professionnelle se tiendra au Restaurant du « Bœuf à la Mode » (Palais Royal) le septième banquet annuel sous la présidence de M. Mendel-Joseph.

Ce banquet sera suivi d'une matinée-concert.

Le matin de 9 heures à midi auront lieu des présentations et démonstrations intéressant l'art dentaire, ainsi qu'une exposition des principales maisons de fournitures.

Tous les confrères membres ou non du Cercle pourront assister aux démonstrations, au banquet ou au concert.

Pour les présences au banquet prière d'avertir M. Granger, trésorier, 79, rue du Bac (Paris) jusqu'à la fin du mois. (Prix du banquet : 10 fr.)

Fête des Étudiants.

Les élèves de l'Ecole dentaire de Paris donneront le 13 mars 1912 dans la grande salle des fêtes du *Petit Journal* leur revue annuelle, suivie de bal.

Nomination.

Nous apprenons avec plaisir que notre confrère M. Edmond Letierce, D. E. D. P., membre de l'A. G. S. D. F., vient d'être nommé dentiste de l'hôpital de Vichy.

Nous lui adressons nos félicitations.

32e ANNÉE. N° 4 29 FÉVRIER 1912 Vol. XLVII

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

TERMINOLOGIE DES MALPOSITIONS MAXILLO-DENTAIRES

Par Léon Frey, Georges Villain et R. Lemière.

Membres de la sous-commission de terminologie.

Messieurs,

L'an passé, à la suite de discussions plutôt passionnées sur la terminologie des malpositions dento-maxillaires, notre cher président, le Dr Godon, eut recours au moyen le plus habile pour tâcher de trouver le terrain d'entente: ce fut la nomination d'une sous-commission obligeant les partis dissidents à travailler ensemble.

Pourquoi une sous-commission ? c'est que depuis plusieurs années, il existe une commission d'orthodontie, vous pouvez l'ignorer, car, jusqu'à présent, elle n'a rien fait que de garder le silence le plus prudent. Il est si difficile à Paris de réunir, en temps opportun, plusieurs confrères de bonne volonté pour élaborer un travail en commun !

Nous pouvions craindre le même sort pour la sous-commission. Heureusement trois de ses membres étaient assez voisins, assez libres, et peut-être aussi assez épris des questions d'orthodontie, pour se rencontrer, travailler et venir ce soir vous soumettre, en leur nom particulier, à titre privé, le petit essai de terminologie que je vais vous lire.

La région maxillo-dentaire est complexe, elle comporte

l'étude d'éléments divers, les uns situés en dehors des limites de la cavité buccale, les autres situés dans les limites de cette cavité. C'est l'examen de ces éléments anatomiques, c'est la considération de leurs rapports réciproques ou avec les parties voisines qui nous révèlent les malformations et les malpositions.

Donc **anatomiquement** nous devons étudier :

I. — Dans les limites de la cavité buccale.	Le système dentaire avec son engrènement ou occlusion et avec sa portion alvéolaire, c'est-à-dire : 1° Les dents ; 2° Les arcades ; 3° Les alvéoles.
II. — En dehors des limites de la cavité buccale.	La portion squelettique ou basilaire des mâchoires, relativement indépendante du système dentaire et l'articulation temporo-maxillaire.

Ces divisions que nous impose l'anatomie, nous les observons dans l'étude de la pathologie maxillo-dentaire ; nous les suivrons rigoureusement pour les malpositions et leur terminologie.

Les malpositions et malformations devant être étudiées suivant le plan anatomique comporteront les chapitres suivants :

I. — Dans les limites de la cavité buccale.	1° Les malpositions dentaires ; 2° Les rapports anormaux des arcades ; 3° Les malformations alvéolaires.
II. — En dehors de la cavité buccale.	1° Les malformations maxillaires ; 2° Les déviations de l'articulation temporo-maxillaire.

Les malformations de la portion squelettique, les déviations de l'articulation temporo-maxillaire constituent, au point de vue de leur thérapeutique, *l'orthopédie dento-faciale.*

Les malpositions dentaires, les malformations alvéolaires

et les malocclusions constituent, au point de vue thérapeutique, *l'orthodontie*[1].

Cette distinction est utile, car elle procède de moyens d'études un peu différents. Toute étude du domaine de l'orthopédie faciale devra être faite suivant la *méthode anthropologique*. Or celle-ci considère les variations du squelette humain suivant les directions ou diamètres antéro-postérieur, transversal, vertical[2].

Toute étude du domaine de l'orthodontie devra être déterminée par *la parabole de l'arcade.*

Autrement dit, 1°) *en dehors des limites de la cavité buccale* (squelette et ses malformations, articulation temporo-maxillaire et ses déviations) nous considérons la tête comme un corps situé dans l'espace et nous l'examinons suivant les trois directions, longueur, largeur, hauteur, qui servent aux anthropologistes pour définir les types en crassiforme, latiforme et longiforme ;

2°) *Dans les limites de la cavité buccale* (dents et leurs malpositions, alvéoles et leurs malformations, arcades et leurs malocclusions), nous considérons le système dentaire comme une figure géométrique (parabole) et nous disons que les déviations se font :

a) En dehors ou en dedans de cette courbe parabolique, vers le vestibule (mouvement vestibulaire), vers la langue ou le palais (mouvement lingual),

b) Sur cette courbe, vers un point médian (mouvement mésial), à l'opposé de ce point (mouvement distal),

c) Au-dessus ou au-dessous de cette courbe (mouvement vertical ou occlusal).

Par conséquent une terminologie logique devra être anthropologique pour les malformations du squelette et les

---

1. Il est utile de remarquer dès maintenant que les limites de l'orthopédie faciale et de l'orthodontie sont schématiques, et qu'en pratique l'intervention orthodontique sur les dents et sur les alvéoles a des résultats le plus souvent appréciables sur la zone faciale, où notre action peut s'exercer.

2. Ce sont les sens sagittal, frontal, vertical. } de de Névrezé.

déviations de l'articulation temporo-maxillaire ; elle devra être « parabolique » (passez-nous l'expression) pour les malpositions dentaires, les malformations alvéolaires et les malocclusions.

Cette terminologie reposera donc sur trois éléments fondamentaux :

A) La distinction anatomique de la portion squelettique, de l'articulation temporo-maxillaire, des dents, des alvéoles et de l'occlusion ;

B) La méthode « parabolique » pour les parties incluses dans la cavité buccale et qui relèvent de l'orthodontie.

C) La méthode anthropologique des trois diamètres pour les parties situées en dehors de la cavité buccale et qui relèvent de l'orthopédie faciale ;

L'élément A va nous donner tous les radicaux :

Gnathisme	pour la portion squelettique ou basilaire des mâchoires ;
Glissement	pour l'articulation temporo-maxillaire ;
Alvéolisme	pour la portion alvéolaire ;
Malocclusion	pour les arcades.
Rotation *Gression* *Version*	pour les dents ;

L'élément B va nous donner tous les préfixes de l'orthodontie.

Mésio *Disto*	Si, en dehors ou en dedans de la parabole, il y a mouvement mésial ou distal, vers le point mésial ou à l'opposé de ce point.
Vestibulo *Linguo*	Si sur la parabole il y a mouvement vers le vestibule ou vers le palais ou la langue.
Hyper, sur ou *e* *Hypo* ou *in*	S'il y a mouvement au-dessus de la parabole ou au-dessous.

L'élément C va nous donner tous les préfixes de l'orthopédie dento-faciale :

Pro *Rétro*	Dans la direction antéro-postérieure ou sagittale.

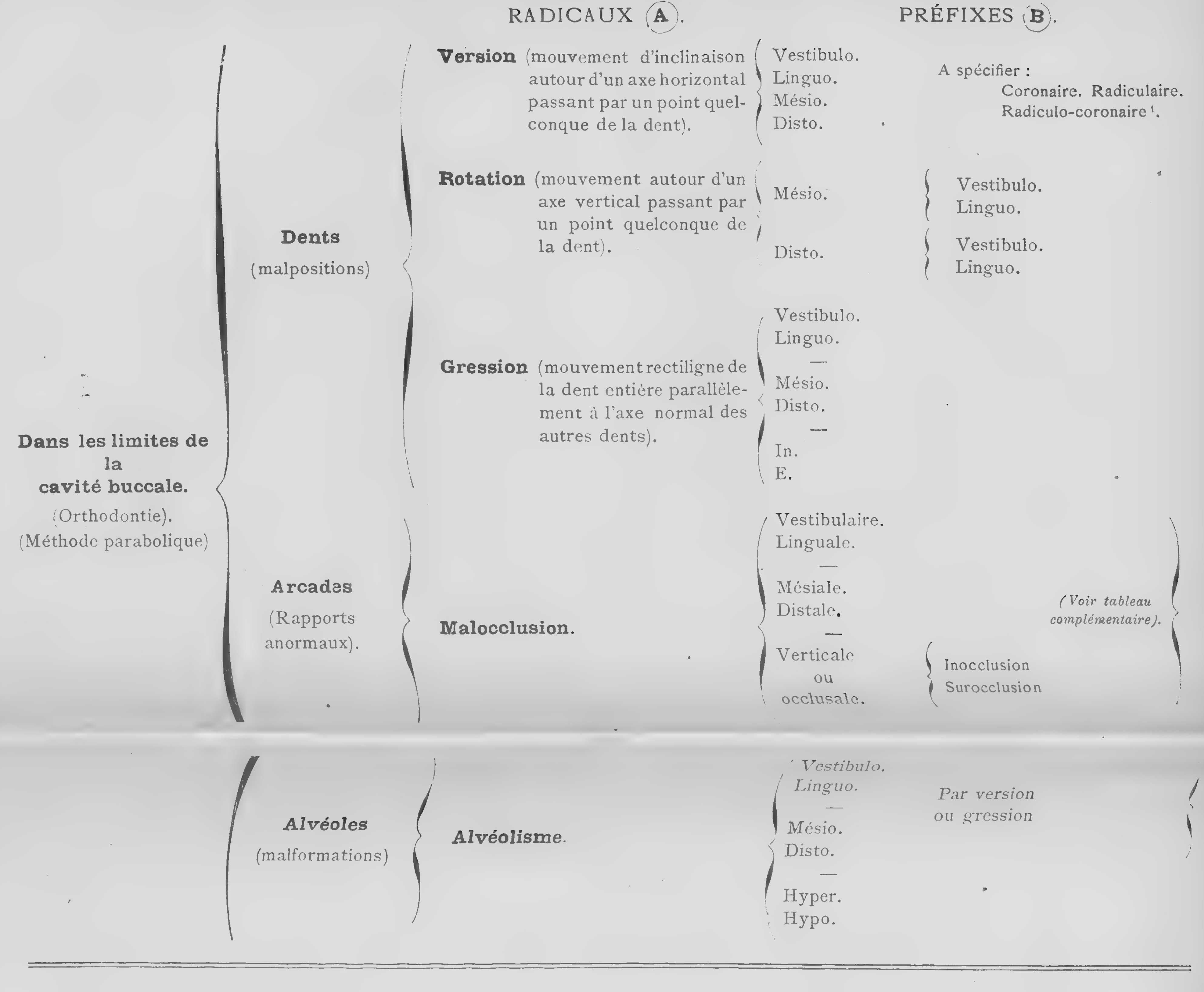
Latéro-hyper } Dans la direction transversale ou frontale.
Latéro-hypo }
Vertico-hyper } Dans la direction verticale.
Vertico-hypo }

Nous allons donc pouvoir établir le tableau terminologique suivant :

Notes bibliographiques.

Pour nos élèves, qui nous réclament souvent des Indications bibliographiques, nous allons énumérer les travaux *les plus récents*, grâce auxquels nous avons pu aboutir à notre terminologie.

ANGLE. Malocclusion, of the teeth, 7e Edition.
CASE. Practical Treatise of the technics and principles of Dental Orthopedia, 1908.
HERBST. Anleitung zur gesichtsorthopädie, 1906.
SUBIRANA. Traité des Anomalies de l'occlusion et orthodontie, 1909.
LEMIÈRE. Traduction de la dentisterie opératoire de Kirk (orthodontie par Angle, esthétique faciale par Case), 1910.
GEORGES VILLAIN. Essai d'unification de la terminologie et des diverses classifications (Société d'odontologie, novembre 1908. *Odontologie*, 15 janvier, 28 février, 15 mars 1909. Congrès de Berlin, 1909. *Journal dentaire Belge*, 1909).
DE NÉVREZÉ. Classification et définition cliniques des malpositions des dents et des maxillaires. *Revue de Stomatologie*, décembre 1908, janvier 1909.
— Les cinq mouvements applicables à la mobilisation des dents en orthodontie. *Revue d'Odontologie*, 15 et 30 décembre 1908.
P. ROBIN. Essai de momenclature de la bouche et des demts. *Revue de Stomatologie*, mars 1909.
HUET. Essai de classification des Anomalies. *Odontologie*, 30 juillet 1909.
PITOT. Essai de classification des Anomalies. *Journal dentaire Belge*, 1909.
COMPTES RENDUS DU CONGRÈS DE BERLIN 1909, section IX, orthodontie thème I. A. Rapporteurs : Kunert, Jackson, Pullen, I. B. Davenport, Körbitz, Ziélinski, G. Villain, Subirana.
L. FREY et de NÉVREZÉ. Contribution à l'étude des malpositions verticales. Congrès de Berlin, 1909. *Odontologie*, 15 et 30 septembre 1909.
G. et H. VILLAIN. Quelques observations d'orthopédie dentaire et traitement. Congrès de Bruxelles, 1910. — A. F. A. S. Toulouse, 1910.
L. FREY. Essai de terminologie. *Odontologie*, décembre 1910, janvier 1911.
G. VILLAIN. Terminologie après plusieurs années d'essais. *Odontologie*, janvier 1911.
BOZO. Etude critique des classifications en orthodontie. *Rev. de Stomat.*, 1911.



		RADICAUX (A).		PRÉFIXES (B).
Dans les limites de la cavité buccale. (Orthodontie). (Méthode parabolique)	**Dents** (malpositions)	**Version** (mouvement d'inclinaison autour d'un axe horizontal passant par un point quelconque de la dent).	Vestibulo. Linguo. Mésio. Disto.	A spécifier : Coronaire. Radiculaire. Radiculo-coronaire[1].
		Rotation (mouvement autour d'un axe vertical passant par un point quelconque de la dent).	Mésio.	Vestibulo. Linguo.
			Disto.	Vestibulo. Linguo.
		Gression (mouvement rectiligne de la dent entière parallèlement à l'axe normal des autres dents).	Vestibulo. Linguo. — Mésio. Disto. — In. E.	
	Arcades (Rapports anormaux).	**Malocclusion.**	Vestibulaire. Linguale. — Mésiale. Distale.	*(Voir tableau complémentaire).*
			Verticale ou occlusale.	Inocclusion Surocclusion
	Alvéoles (malformations)	***Alvéolisme.***	*Vestibulo. Linguo.* — Mésio. Disto. — Hyper. Hypo.	*Par version ou gression*
En dehors des limites de la cavité buccale. (Orthopédie dento-faciale). (Méthode anthropologique).	**Maxillaires.** (Portion squelettique ou basilaire). (Malformations).	**Gnathisme.**	Pro. Rétro. — Latéro-hyper. Latéro-hypo. — Vertico-hyper. Vertico-hypo.	(C)
	(Articulation temporo-maxillaire). (Déviations).	**Glissement**[2].	Pro. Rétro.	
			Latéro.	droit. gauche.

1. La version sera radiculo-coronaire si l'inclinaison se fait autour d'un axe horizontal passant, par exemple, à l'union du quart supérieur et des trois quarts inférieurs de la dent entière. Dans ce cas nous constatons un déplacement en sens inverse de chaque extrémité de la dent.

2. Nous préférons le radical *Glissement*, pour spécifier un état anormal, pathologique de l'articulation au radical *Pulsion* employé par les Physiologistes pour indiquer les mouvements normaux de la mandibule.

TABLEAU COMPLÉMENTAIRE DES MALOCCLUSIONS.

Mésio-distale.	*a)*	Malocclusion	mésiale inférieure.
	b)	—	mésiale supérieure.
	c)	—	distale inférieure.
	d)	—	distale supérieure.
	e)	—	mésiale supérieure. / mésiale inférieure.
	f)	—	distale supérieure. / distale inférieure.
	g)	—	mésiale supérieure. / distale inférieure.
	h)	—	distale supérieure. / mésiale inférieure.
Vestibulo-linguale.	*a)*	—	linguale inférieure.
	b)	—	linguale supérieure.
	c)	—	vestibulaire inférieure.
	d)	—	vestibulaire supérieure.
	e)	—	linguale supérieure. / linguale inférieure.
	f)	—	vestibulaire supérieure. / vestibulaire inférieure.
	g)	—	linguale supérieure. / vestibulaire inférieure.
	h)	—	vestibulaire supérieure. / linguale inférieure.
Verticale ou *occlusale*	*a)*	Inocclusion.	
	b)	Surocclusion.	

PREMIER NOTA : *Inocclusion* par hypo-alvéolisme partiel ou ingression dentaire.

Surocclusion, par hyper-alvéolisme partiel ou par égression dentaire. On peut observer une inocclusion incisive par hyper-alvéolisme ou égression molaire, et réciproquement une surocclusion incisive par hypo-alvéolisme ou ingression molaire.

DEUXIÈME NOTA : Toutes ces malocclusions peuvent se présenter simultanément sur une même arcade. Prenons un exemple : il n'est pas rare de rencontrer une malocclusion mésiale supérieure droite par mésio-gression de toutes les dents de ce côté de l'ar-

cade, avec une malocclusion distale supérieure gauche par distogression de toutes les dents du côté gauche de cette arcade.

Telle est, messieurs, le terminologie que nous vous soumettons.

Nous la croyons logique et claire ; nous sommes convaincus qu'elle peut s'adapter à toutes les malpositions possibles. Nous en avons fait l'expérience. Nous vous demandons de vouloir bien la faire à votre tour.

Nous nous tenons à votre disposition pour tous les cas que vous voudrez bien nous soumettre, soit dans nos réunions du mardi soir, soit dans celles du dimanche matin.

Si cette terminologie est adoptée par nos confrères, ou si, du moins, elle contribue à établir dans un avenir, que nous devons croire très rapproché, l'unité de langage indispensable, nous serons heureux et fiers du service que l'Ecole dentaire de Paris aura rendu à l'Orthopédie dentaire.

LA SEPTICÉMIE ET LA PROTHÈSE

Par J. H. Badcock.

(Communication à l'Association dentaire britannique, 1911.)

Il y a 20 ans le dentiste avait pour idéal la conservation des dents comme organe de mastication ; maintenant il ne tient à les conserver que si cette conservation est compatible avec la propreté de la bouche. Avant tout il faut donc éviter la septicémie.

Il est inutile d'énumérer la série de maux qu'une bouche septique peut amener ; il en est largement question, principalement dans la littérature médicale.

En raison même de ces maux on a condamné en aveugle la couronne et le bridge, ainsi que les méthodes prothétiques, à cause des dangers qu'ils peuvent présenter et qui rendent cependant, quand ils sont convenablement employés, les plus grands services.

Il est vrai que la dentisterie négligée et les patients malpropres ne sont que trop communs. Le dentiste, le patient et l'appareil peuvent séparément ou collectivement être fautifs.

Le dentiste a le devoir d'indiquer au patient la façon de nettoyer convenablement ses dents naturelles ; après chaque repas, mais au moins après le repas du matin et avant de se coucher, après le repas de midi quand c'est possible. Il doit recommander aux parents et aux instituteurs de faire faire ce nettoyage aux enfants après les repas. Il doit indiquer la meilleure forme de brosse à dents, la manière de s'en servir de sorte que les soies pénètrent dans l'interstice des dents. Il doit préconiser la friction des gencives, surtout au bord libre, comme plus importante que le brossage des dents elles-mêmes, pour les maintenir fermes et saines et éviter la formation de culs-de-sac.

Il doit examiner l'état de la bouche. Si celui-ci est satisfaisant, il complimentera et encouragera le patient, sinon il

lui mettra un verre entre les mains et lui montrera la façon de se brosser.

En mettant un dentier à un patient, lui recommander de l'enlever, de le nettoyer et de se brosser les dents après chaque repas. Le nettoyage se fait une fois par 24 heures avec une brosse, du savon, de la poudre et du carbonate de soude. Lui bien spécifier que l'intérieur des crochets et tous les points de contact avec les dents doivent être tenus très propres et polis, ainsi que toutes les parties métalliques. Lui montrer comment se fait ce nettoyage. Lui recommander aussi de faire une attention spéciale aux dents naturelles avec lesquelles la pièce vient en contact.

Quand une pièce est en contact avec le collet d'une dent, il y a gingivite marginale ; la gencive est souvent plus rouge en ce point qu'elle ne devrait l'être, elle peut se détacher de la dent et elle cache presque toujours une bordure de tartre, qui est le résultat et non la cause de l'inflammation. Cela est plus fréquent qu'on ne le croit et je suppose même qu'il en est toujours ainsi, bien que ce ne soit pas apparent. La gencive peut sembler saine, mais en l'examinant soigneusement on découvre ce tartre et les autres signes de périodontite commençante dus à la pression de la pièce et à l'absence de ce frottement naturel si nécessaire à la santé du tissu gingival.

Les pièces doivent donc ne pas couvrir plus de gencive qu'il n'est nécessaire et être largement échancrées autour des dents naturelles pour permettre le frottement des aliments et de la langue sur le bord gingival, qui est l'accompagnement normal de la mastication. Les crochets ne doivent jamais s'étendre au bord gingival du côté buccal et la jonction des dents et des gencives doit être laissée libre si possible.

Dans le maxillaire inférieur ne jamais placer les rubans d'or ou de vulcanite derrière les incisives ; se servir du fil métallique Neale ou d'une bande étroite de vulcanite renforcée, au besoin, par un fil métallique avec un bord supérieur se terminant au-dessous du collet des dents.

Si les pièces sont tenues propres, elles semblent ne pas nuire à la santé de la gencive, sauf aux bords, pourvu qu'on ne les porte pas constamment et qu'elles soient quittées la nuit. Néanmoins je recommande toujours à mes patients de se masser la gencive avec la brosse ou le doigt, dans la partie où elle est recouverte par la pièce.

Si, pour une raison, il est nécessaire que la pièce touche la face linguale d'une dent, le point de contact doit être mince comme une lame de couteau.



Moyen de fixation du crampon à la pièce pour libérer le bord gingival de la pression et le laisser exposé au frottement naturel.

Les pièces ne doivent porter ni fentes ni angles rentrants difficiles à nettoyer. Pour ce motif préférer une monture de vulcanite ou une gencive continue aux dents à tube.

Les points de contact des dents artificielles avec les dents naturelles doivent être convexes et l'on doit préférer des points de contact à des surfaces de contact.

Il vaut mieux fixer un dentier par un crochet convenablement fixé et ne s'étendant pas à la gencive que d'employer, au lieu de crochet, une grande surface de vulcanite faisant le tour du collet de la dent.

Des dentiers de ce genre, soignés par le patient, ne sont pas septiques ; néanmoins il en résulte quelquefois des inconvénients pour la gencive au collet des dents adjacentes. La couronne et le bridge dans les cas favorables peuvent restaurer les dents sans ce minimum d'inconvénients, mais leur emploi est bien limité ; dans les cas défavorables ne pas les employer.

Une de leurs limitations, c'est leur prix, car ils exigent

beaucoup d'habileté, de temps et de patience, et par suite ils ne peuvent jamais être bon marché.

La première nécessité pour une bonne couronne est une racine saine. Il est rarement sage de laisser une pulpe vivante sous une couronne, excepté pour couronner une dent saine destinée à servir de point de fixation à un bridge. Une dent n'a pas besoin d'être couronnée pour elle-même à moins d'être cariée, et, dans ce cas, la pulpe, même couverte par de la dentine secondaire, est très près de la surface, probablement déjà infectée et destinée à mourir plus tard. Il est sage de ne couronner une racine qu'on n'a pas soignée soi-même qu'après s'être assuré qu'elle est saine. Ne jamais se fier à des obturations radiculaires.

Le second point, c'est la possibilité de faire une couronne pouvant se nettoyer comme une dent naturelle, avec impossibilité de stagnation tout autour ; elle ne doit donc pas dépasser le bord libre de la gencive, à moins qu'il ne soit impossible d'obtenir un joint parfait ou qu'il n'en résulte pas un cul-de-sac septique ; ne pas la placer de manière à former une paroi profonde qu'on ne puisse nettoyer, complétée par une dent voisine, comme c'est souvent le cas entre les molaires, quand la papille interdentaire a disparu et que l'os s'est résorbé. Près du devant de la bouche il est aisé de faire un bon joint au-dessous du bord gingival libre.

Si possible, pour couronner une dent il faut choisir une couronne à abutement, car c'est celle qui convient le mieux quand il y a assez de dent pour la supporter, sinon recourir à une couronne à coiffe.

La surface de la couronne à abutement doit s'adapter à celle de la racine, et leurs bords doivent coïncider, sans débordement de l'une ou de l'autre en aucun point. Si la couronne est toute en porcelaine on y parvient le mieux en adaptant à un modèle fait d'après une empreinte obtenue avec de la gutta pressée sur la racine par une petite coiffe de métal montée sur une cheville et coulée dans l'amalgame ou l'oxyphosphate. Si la jointure est dégarnie de gencive, il est aisé de voir si les bords coïncident, sinon garnir la

couronne de gutta et la presser sur la racine et l'on peut alors l'ajuster sur l'empreinte obtenue sur la gutta. On obtient ainsi une jointure satisfaisante même légèrement sous la gencive.

L'introduction du coulage sous pression permet la formation de jointures très exactes avec une facilité relative.

Les couronnes à coiffe sont avantageuses souvent parce qu'elles renforcent une racine faible et empêchent de se fendre des dents affaiblies par une perte de tissu et la dévitalisation et, pourvu qu'elles s'adaptent et que leurs bords soient bien dégagés de la gencive, elles ne donnent pas matière à objection. Ne jamais les ajuster au-dessous du bord gingival.

L'expérience m'a prouvé que je ne puis assurer l'adaptation d'un collier quand je ne puis en voir le bord et ce que j'ai vu des travaux des autres me convainc que cela est général. Mais si l'on parvient à faire un bord de manière à le voir et à l'essayer, la difficulté disparaît et, avec elle, l'objection contre le coiffage des racines.

Les racines traitées ainsi, si elles se carient près du bord cervical, doivent être restaurées à l'amalgame et au ciment aux 2/3 ou aux 3/4 de leur hauteur, puis taillées en cône sur une base à 1 mm. au moins du bord gingival lingualement et buccalement, et le bord du ruban ne doit pas être ondulé. Le ruban doit avoir des bords barbelés. La jointure, visible et accessible, peut être finie avec des bandes ou disques après cimentation.

Il est certain que la tentative faite pour sauver par le couronnement des racines trop cariées a été poussée trop loin. Si le bord cervical s'étend profondément au-dessous du bord gingival, il faut renoncer à toute tentative de restauration par l'amalgame, car il est impossible de finir parfaitement le bord et un bord rugueux en amalgame est plus mauvais qu'en or. Il vaut mieux ne pas essayer les restaurations très profondes.

Le seul bridge fixe qui soit parfaitement propre est celui qui laisse un espace libre entre lui et la gencive, limité par

des angles arrondis et des surfaces convexes qu'on peut polir au moyen d'un ruban passé dessous et tiré en avant et en arrière. Ce bridge est éminemment satisfaisant et bien préférable aux pièces quand le cas s'y prête.

La propreté du bridge amovible dépend de la propreté des abutements qui consistent dans un inlay ou une coiffe. S'il a été construit comme il a été dit ci-dessus, on ne saurait imaginer une restauration plus propre.

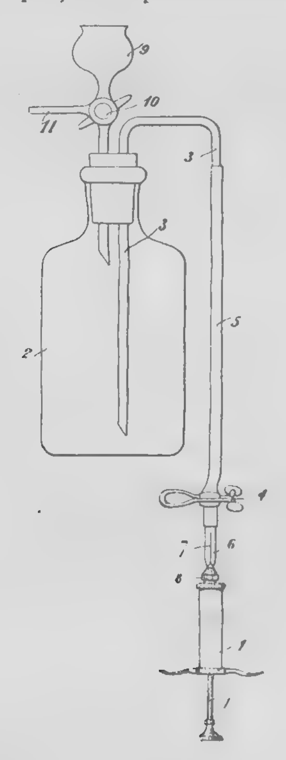
Les maux qui suivent l'adaptation défectueuse des couronnes, c'est-à-dire les racines septiques, les bords rugueux, la stagnation, l'irritation et l'infection des gencives, peuvent provenir d'une exécution défectueuse des obturations. La faute n'en est pas à l'obturation, mais à l'opérateur ; il en est de même de la pose de la couronne et du bridge. L'opération ne doit pas être bannie, elle doit être faite suivant certaines règles.

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

DISPOSITIF POUR REMPLIR DANS LES CONDITIONS VOULUES DE STÉRILISATION, LES SERINGUES A INJECTER LES MÉDICAMENTS

Par Erik Vilhelm Clausen, de Berne (Suisse).

Le dispositif dont il s'agit ici, représenté schématiquement dans le dessin sous une forme d'exécution donnée à titre d'exemple, met à même de remplir, sans préjudice pour la stérilisation, les seringues à



injecter les médicaments, en employant les moyens ci-dessous pour charger, par exemple, une seringue 1 pour injections sous-cutanées ou pour injecter sous les gencives.

Le liquide en question est gardé à l'état de stérilisation préalable dans un flacon 2 et remplit le siphon 3 ou tel autre organe d'écoulement. Traversant un organe d'interception placé sur ce conduit, une

pince à étranglement 4, par exemple, montée sur le boyau 5, il vient remplir un ajutage 6 (en porcelaine, verre, or, platine ou matière analogue) dans lequel la canule 7 de la seringue 1 est introduite aussitôt qu'on a stérilisé, à l'aide d'une flamme ou par un autre procédé, la canule de l'ajutage. Pour assurer l'étanchéité entre l'ajutage et la seringue, on peut revêtir de caoutchouc ou d'une substance similaire l'organe d'attache de la canule, son collet, par exemple ; ou bien on peut roder cet intermédiaire de manière à ce qu'il s'emboîte sur l'orifice de l'ajutage.

Pour être sûr que le liquide du flacon 2 restera stérile, on peut forcer l'air qui s'y introduit au fur et à mesure à traverser un filtre en coton ou son équivalent, installé, par exemple, dans un tube à entonnoir 9.

Si le liquide doit être gardé dans un gaz spécial on pourra l'introduire, par exemple, à l'aide d'un robinet à 3 voies 10 avec embranchement éventuel 11 monté sur le tube à entonnoir 9 et pourvu de son filtre à part.

Le dispositif représenté ci-contre permet de remplir, en la gardant stérilisée, une seringue à injecter les médicaments ; il est caractérisé par le fait qu'un siphon 3 ou tel autre dégorgeoir d'un flacon 2 où l'on garde le liquide à l'état stérilisé est, le cas échéant, introduit dans un gaz spécial ; le tube d'écoulement étant muni d'un intercepteur (tel que 4, 5, par exemple) peut se relier d'une façon étanche à la canule 7 de la seringue 1 ou à l'organe d'attache 8 de cette canule, à l'aide d'un ajutage 6.

REVUE ANALYTIQUE

Existe-t-il des maladies de dentition ?

Toutes les fois que, chez un enfant âgé de moins de six ans, on se heurte à un état fébrile dont on ne parvient pas à découvrir la cause, on a tendance à incriminer les dents. Or, comme le fait remarquer M. Feer, il ne vient jamais à l'idée de parler de fièvre de dentition dans les cas où l'on peut invoquer une autre cause quelconque de l'élévation thermique. Mais c'est précisément chez les enfants en bas âge que l'on observe les nombreux cas où l'affection fondamentale ne se manifeste que par de l'hyperthermie et reste, pendant longtemps, obscure (otite moyenne, tuberculose à évolution insidieuse). D'autres éventualités sont encore à envisager : chez les enfants du premier âge, des accès de fièvre intermittente peuvent reconnaître pour cause une cystite, qu'il faut savoir dépister en scrutant soigneusement les commémoratifs et en pratiquant à temps l'analyse chimique et l'examen microscopique des urines.

Que faut-il penser de la *toux de dentition ?* N'est-il pas surprenant que cette toux disparaisse presque complètement pendant la saison chaude, c'est-à-dire se comporte à la manière de toutes les affections de l'appareil respiratoire ? D'après l'expérience de M. Feer, lorsque, dans la clientèle de ville, les parents d'un enfant malade déclarent que celui-ci a une toux de dentition, il est presque de règle de constater que, simultanément ou peu de temps auparavant, un autre enfant de la même famille, plus âgé et ayant déjà toutes ses dents, ou un adulte sont ou ont été atteints de toux, de coryza, d'angine, etc. Il importe, enfin, de faire remarquer que dans nombre de cas de toux rebelle, où l'examen physique du thorax ne décèle rien d'anormal du côté du poumon et où l'on invoque d'autant plus volontiers la dentition, on peut, en réalité, avoir affaire à une phlegmasie insidieuse du rhino-pharynx ou à une hypertrophie de l'amygdale pharyngienne.

Et les *diarrhées de dentition*, dont l'existence est moins contestée que celle de tous les autres accidents attribués à l'éruption dentaire ? Chose vraiment singulière, contrairement à la toux de la même origine, elles se manifestent de préférence pendant l'été, c'est-à-dire à une époque de l'année qui se caractérise précisément par un accroissement des troubles digestifs chez les enfants en bas âge. Et l'on peut se demander pourquoi elles frappent surtout les nourrissons pendant les premiers mois de la vie, longtemps avant l'éruption de toute dent. S'il en est ainsi, si ces diarrhées sont, d'autre part, particulièrement fréquentes chez les enfants allaités artificiellement, si l'on réussit, enfin, à les arrêter par le régime diététique et sans qu'une seule dent ait fait son éruption, n'y-a-t-il pas là autant de preuves qu'il s'agit, en l'espèce, de troubles digestifs banaux et qui n'ont rien à voir avec le travail de la dentition ?

Quant aux convulsions que l'on met également sur le compte de l'éruption dentaire, elles reconnaissent pour cause une hyperexcitabi-

lité mécanique et galvanique des nerfs périphériques, particulièrement fréquente chez les enfants rachitiques. Aussi n'est-il pas rare de voir, sous l'influence d'un régime diététique approprié, ces accidents disparaître en l'espace de quelques jours et ne plus se reproduire ultérieurement, malgré l'éruption de nombreuses dents. Au surplus, chez un grand nombre d'enfants prédisposés, en raison de leur système nerveux hyperexcitable, à ces convulsions, M. Feer a eu soin de se livrer à des explorations quotidiennes avant et pendant l'éruption des dents, sans avoir jamais eu à enregistrer, à cette occasion, une augmentation tant soit peu marquée de l'excitabilité électrique.

En somme, les accidents multiples que l'on attribue à la dentition s'expliquent de la façon la plus naturelle par des coïncidences. Il importe, en effet, de se rappeler que l'éruption des dents de lait commence d'ordinaire vers le sixième mois et n'est achevée qu'au cours de la troisième année, c'est-à-dire qu'elle se prolonge pendant une période de deux ans. Or, comme chaque dent met, au minimum, une dizaine de jours pour « percer », cela fait pour l'ensemble de la première dentition deux cents jours, ce qui constitue 27 o/o de la période des deux ans en question. En d'autres termes, de toutes les maladies qui frappent l'enfant durant cet âge, 27 o/o, soit plus d'un quart, coïncident nécessairement avec l'époque de l'éruption dentaire, sans qu'il y ait entre les deux phénomènes un rapport de cause à effet.

M. Feer a pu, pendant un an, observer de près plus de 6.000 enfants dont l'âge variait entre six mois et trois ans, en ayant soin de noter le moment de l'éruption de chaque dent sur la courbe thermique : jamais il n'a constaté, dans ces conditions, ni fièvre de dentition, ni abaissement du poids du corps, ni convulsions. Dans quelques cas, on remarquait bien, pendant plusieurs jours, de l'anorexie, avec sommeil agité, mauvaise humeur, etc., mais de pareils phénomènes s'observent également en l'absence de tout travail de dentition.

Aussi, M. Feer estime-t-il, en définitive, qu'il n'existe point de maladies de dentition. Il importe d'autant plus de se pénétrer de cette idée que l'entourage d'un enfant en bas âge n'est déjà que trop porté à incriminer, à tout propos, les dents, à se bercer de cette explication illusoire et à négliger, en conséquence, tout traitement rationnel de la maladie. *(Semaine médicale.)*

Hectine et leucoplasie linguale syphilitique.

L'auteur, M. Micheleau, relate un cas de leucoplasie guéri par l'hectine.

La malade, 38 ans, mariée à 23 ans, avait contracté de son mari une syphilis dont les accidents secondaires, muqueux et cutanés, furent quelques mois après son mariage sa première manifestation. Elle fut dès lors soignée et très rigoureusement, par des préparations mercurielles. Très intelligente et très instruite, elle a depuis lors vécu dans la phobie de la syphilis dont elle n'a plus eu aucune manifestation, elle s'est à peu près continuellement soignée.

Malgré ce traitement, qui a beaucoup fatigué son estomac, elle avait vu, depuis quelques mois, sa langue changer d'aspect, devenir

lisse, çomme vernie. Mais ce n'est que plus tard, les plaques continuant à s'étendre et la langue devenant douloureuse, qu'elle s'inquiéta, la face dorsale de la langue était lisse, vernissée, dépapillée, divisée en îlots, de coloration blanchâtre, opaline, par des sillons irréguliers, superficiels ; c'était bien la carte géographique de la leucoplasie buccale. Son étiologie syphilitique ne pouvait un seul instant être mise en doute. Il n'existait aucune autre manifestation de syphilis.

Malgré toute sa bonne volonté et son vif désir de guérir, cette malade en était arrivée à ne plus pouvoir absorber aucune préparation mercurielle. Avant de lui faire des injections de sels mercuriels, l'auteur voulut essayer de l'hectine et lui fit d'abord dix injections à peu près journalières de chacune 0.10 centigrammes ; les sensations douloureuses existant au repos et exaspérées par le passage des aliments disparurent très rapidement.

Après quelques semaines de repos, nouvelle série de dix injections, celles-ci à 0,20 centigrammes. Actuellement à la quatrième série, la malade ne souffre plus et depuis longtemps : ses lésions ont considérablement régressé et il y a tout lieu d'affirmer que la guérison sera bientôt complète.

Il importe de signaler en même temps l'état de bien-être dans lequel la malade s'est trouvée dès les premières injections. (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, n° du 3 décembre 1911, Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, *séance du 20 octobre 1911.)*

Fracture du maxillaire inférieur compliquée de section complète de l'artère faciale.

Relativement fréquentes, les fractures du maxillaire inférieur n'offrent généralement de l'intérêt qu'au point de vue de la difficulté de la contention des fragments, lesquels se déplacent si aisément qu'une consolidation disgracieuse est souvent la conséquence de ce traumatisme. L'observation que cite M. Walter Cramp (*Med. Record*, n° 11) mérite l'intérêt à un tout autre titre. Il s'agit, en effet, d'un cas à complication rare, sinon unique : l'artère faciale a été sectionnée complètement par le rebord tranchant du fragment du maxillaire inférieur brisé, au niveau de l'insertion massétérine, à la suite d'une chute lourde sur le sol, le sujet étant en état d'ivresse. Le sang coulait en abondance. La plaie fut tamponnée et pansée, et ce n'est que le lendemain, alors que du sang continuait à s'écouler au dehors et qu'un vaste anévrysme faux menaçait le larynx, qu'une intervention eut lieu et qu'on constata la section complète de l'artère faciale et une plaie contuse de la veine. Les deux vaisseaux furent liés, les fragments osseux remis en place, la plaie suturée. On ne tenta pas de suture osseuse, car la situation était grave ; en effet, une trachéotomie s'imposait, en raison de l'extravasation sanguine qui s'étendait le long du cou jusqu'à la poitrine, et qui, comprimant le larynx, entravait sérieusement la respiration.

L'ivrogne guérit, d'ailleurs, complètement, ce qui prouve que dans tous les pays le proverbe français est toujours vrai.

(Bulletin méd.)

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Stérilisation des instruments. — Quand les instruments ont servi, les laver à la brosse et au savon, les plonger dans une solution de formaline, les déposer ensuite avec une pince sur un plateau d'alcool. Cette stérilisation est suffisante dans tous les cas, sauf après le traitement des patients spécifiques, où l'on peut recourir au stérilisateur avec la solution de soude. Ce procédé est le plus satisfaisant qui se puisse imaginer. (*Dent. Cosm.)*

Inlays d'or coulés. — Pour les inlays d'or coulés, un morceau de digue d'une largeur suffisante pour recouvrir le modèle de cire placé entre les dents en occlusion quand la cire est molle fait fermer exactement la surface articulante de l'inlay, et il n'y a pas besoin de meuler une fois l'inlay fini et poli. *(Dent. Cosm.)*

Vernis flexible. — Un vernis flexible, séchant vite, s'obtient en ajoutant au vernis copal 1/2 à 1 0/0 d'huile de castor. On peut ajouter à 1/2 litre de vernis 1/2 à 1 gram. de liquide.

Le vernis sèche avec un beau lustré et l'huile de castor le conserve flexible. *(Work.)*

Inlay à matrice d'or renforcée. — 1° Préparer la cavité avec un ancrage suffisant pour empêcher le déplacement pendant la mastication et avec assez de force pour permettre d'enlever aisément la matrice de la cavité et avec des bords suffisamment en biais.

2° Couper la matrice d'or assez large pour couvrir complètement la cavité quand elle est en place et avec assez d'or en plus pour s'étendre du collet ou au-dessous du bord cervical à l'angle mésio-occlusal. On retourne en arrière ce morceau d'or supplémentaire comme s'il s'agissait d'une feuille de papier qu'on veut mettre dans une enveloppe. Le bord plié doit être très uni pour former une arête vive, puis recuire et placer le bord replié dans un espace proximal au cervix. Se servir de l'extrémité en spatule du bois d'oranger pour égaliser la matrice au-dessus des bords, et du bout carré pour enfoncer la matrice dans la cavité. Si c'est nécessaire on peut employer du caoutchouc mou non vulcanisé pour pousser la matrice dans toutes les parties de la cavité, la pression étant exercée au moyen du bâtonnet en bois d'oranger ou d'une occlusion forcée. Le morceau d'or supplémentaire est destiné à servir de matrice proximale intérieure et devient la surface

mésio-proximale ou paroi de l'inlay. Cette matrice proximale intérieure est brunie sur le contour mésial, sur les bords mésio-lingual, mésio-cervical et mésio-buccal et juste au-dessus des angles occlusaux au moyen du bord spatulé du bâtonnet d'oranger. Les instruments à matrice servent à assurer des angles aigus pour la matrice au-dessus des bords. La matrice d'or étant complète maintenant, un ruban mince de métal (du cuivre de préférence) est placé dans l'espace proximal restauré pour donner de la stabilité et empêcher la matrice d'être déformée quand on tasse de l'or on éponge dans la cavité. La matrice de métal extérieur peut être tenue en place avec les doigts en se servant quelquefois d'un petit coin de bois au bord cervical ;

3° Se servir alors de l'or *moss fibre* en le tassant dans la matrice quand elle est dans la cavité jusqu'à ce qu'on ait obtenu la forme voulue. Employer comme fouloir le bâtonnet en bois d'oranger et fouler solidement avec la main ou le maillet sans condenser comme dans l'obturation ordinaire ;

4° Enlever la matrice de la cavité et la placer sur un bloc de charbon de bois et faire couler une plaque d'or à 22 carats dans la fibre sans fondant, en se servant d'un petit chalumeau jusqu'à ce que la fibre d'or en ait absorbé juste assez pour remplir ses pores. Si la surface mésiale est un peu rugueuse, comme c'est quelquefois le cas quand on foule de l'or en fibres, on peut employer un peu de vaseline boratée sur cette surface pour aider le coulage sur un morceau de plaque à 22 carats, ce qui donne un contour en plus et un point de contact ;

5° L'inlay est alors prêt à être essayé dans la cavité après façonnage des bords débordants de la matrice. Après un meulage et un polissage léger en dedans et en dehors de la bouche, l'inlay est prêt à être inséré. Si l'on veut travailler d'après des modèles, l'opération peut se faire au laboratoire. (*Dental Summary.*)

Emploi des colorants minéraux pour modifier les teintes et les nuances des dents artificielles. — Le technique de l'emploi de ces colorants est celle des couleurs à l'huile, sauf que chez nous ils doivent être appliqués en pellicule très mince sur la surface de la dent. Avec les 6 colorants Lenox on peut obtenir toute teinte ou toute nuance depuis la plus claire jusqu'à la plus foncée.

L'avantage de ces colorants, sur les colorants S. S. White, par exemple, c'est d'être d'une application beaucoup plus aisée, en raison de ce qu'ils contiennent des pigments plus fins et de ce que l'huile de trèfle ou la glycérine leur sert de véhicule. Les couleurs fondent entre 1500 et 2000° Fahrenheit et quelques-unes sont brûlées au delà de ce point, tandis que le jaune d'ocre et le bleu foncé supportent une chaleur de 2000 degrés Fahrenheit aisément.

Les couleurs répondant le mieux à nos besoins sont le jaune d'ocre, le bleu foncé, le vert de mer, le bleu assyrien, le rouge vénitien, le blanc émail.

Ces colorants s'emploient aussi pour colorer les séries de dents suivant la méthode de Royce, qui consiste à faire les cuspides plus foncés et à fondre la teinte jusqu'à une nuance plus claire. (*Dental Summary.*)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 7 novembre 1911.

(Suite et fin.)

IV. — Discussion de la Communication de M. Jeay : étude sur l'anesthésie régionale en art dentaire et nouveau procédé d'anesthésie du maxillaire supérieur.

M. Roy. — J'ai lu avec beaucoup d'intérêt la communication de M. Jeay (V. *Odontologie*, 1911, II, 49, 97, 156, 193) que je n'avais pas eu le plaisir d'entendre le jour où il l'a faite ici ; cette communication est fort bien étudiée et la question y est extrêmement bien présentée. Il y a là une méthode tout à fait intéressante d'anesthésie du maxillaire. Au début de son travail, il a fait un historique très succinct. Je regrette qu'il n'ait pas cité dans celui-ci le nom de celui qui devrait toujours être cité dans les travaux qui ont pour but d'atteindre le nerf maxillaire supérieur. Dans le travail de M. Jeay ce nom doit d'autant plus être cité que cet auteur est justement celui qui a imaginé la voie d'accès que M. Jeay a employée : je veux parler de Schlosser, de Munich.

C'est en effet à Schlosser, un ophtalmologiste bavarois, que revient le mérite d'avoir signalé la possibilité d'atteindre par la voie buccale les nerfs maxillaire supérieur et maxillaire inférieur dans les trous de la base du crâne. A cet effet Schlosser a fait construire des aiguilles d'une forme appropriée pour parvenir dans cette région.

Schlosser n'a pas employé ce procédé pour obtenir l'anesthésie du nerf maxillaire inférieur ou supérieur, mais pour combattre la névralgie du trijumeau au moyen d'injections d'alcool.

Vous savez qu'on a employé depuis longtemps des injections médicamenteuses pour combattre cette affection si redoutable, notamment des injections d'alcool qui avaient donné d'assez bons résultats dans les branches terminales. Schlosser a eu l'idée de faire ces injections d'alcool dans les troncs nerveux eux-mêmes. C'est pour atteindre ces troncs qu'il a imaginé le procédé qui consiste à passer en arrière de la tubérosité du maxillaire, au niveau de l'apophyse ptérygoïde pour de là atteindre les trous ovale et grand rond.

Cette méthode, qui a été introduite en France, par Oswald, est une des meilleures méthodes du traitement de la névralgie faciale.

Lévy et Baudoin ont en France, après avoir étudié la méthode de Schlosser, cherché une autre voie d'accès du nerf maxillaire supérieur et inférieur et ils ont trouvé cette voie d'accès par la voie cutanée. En établissant des points de repère ils ont passé au niveau de l'arcade zygomatique et ils ont été atteindre, d'une façon aussi sûre que Schlosser par la bouche les nerfs maxillaire supérieur et maxillaire inférieur par la voie cutanée. M. Lévy, l'un des auteurs de la méthode, est venu faire une communication à ce sujet ici il y a deux ans déjà, par conséquent vous êtes au courant de ses recherches.

Il est très intéressant de noter ce petit point d'historique, car c'est, en effet, comme vous le voyez, la recherche du traitement de la névralgie faciale qui a précédé la recherche de l'anesthésie du maxillaire et de même que nous avons vu M. Munch, dans une séance précédente, venir faire ici une communication sur l'anesthésie régionale du maxillaire supérieur, anesthésie pour laquelle il employait la voie d'accès imaginée par MM. Lévy et Baudoin, de même aujourd'hui M. Jeay vient préconiser pour cette même anesthésie régionale la voie d'accès qui a été imaginée par M. Schlosser, de Munich, qui est le premier auteur ayant préconisé cette voie d'accès du nerf maxillaire inférieur et supérieur et dont le nom vous le voyez méritait d'être rappelé ici.

Il y a dans ces méthodes d'anesthésie des avantages très considérables parce que l'on peut anesthésier d'un seul coup tout le territoire innervé par le nerf maxillaire supérieur ou par le nerf maxillaire inférieur.

M. Jeay ne nous dit pas qu'il a employé cette méthode pour le maxillaire inférieur, mais néanmoins on peut, en suivant la méthode de Schlosser, atteindre le nerf maxillaire inférieur au trou ovale. Il est certain cependant que le nerf maxillaire inférieur est un peu moins commode à atteindre que ne l'est le nerf maxillaire supérieur qui a un point de repère très facile par la gouttière formée par la tubérosité du maxillaire et l'apophyse ptérygoïde.

C'est également à cette anesthésie tronculaire mais dans un endroit plus périphérique que s'est arrêté M. Nogué lorsqu'il a préconisé l'anesthésie au niveau de l'épine de Spyx.

Un point intéressant signalé par M. Jeay, c'est la nécessité dans un certain nombre de cas — il généralise peut-être un peu trop — de faire de l'anesthésie au niveau des branches anastomotiques du trijumeau. Ceci explique l'échec qu'on éprouve parfois dans les anesthésies régionales lorsqu'on n'a pas anesthésié les anastomoses.

Ainsi que le dit l'auteur l'avantage de la voie buccale sur la voie cutanée qui a été préconisée par MM. Lévy et Baudoin c'est évi-

demment l'absence de douleur ce qui est un facteur important. Lorsqu'il s'agit du traitement des névralgies faciales, cela n'a qu'un intérêt relatif mais lorsqu'il s'agit d'interventions chirurgicales, le malade accepte difficilement de souffrir momentanément pour ne plus souffrir ultérieurement.

Par la voie cutanée il est vrai on peut rendre l'opération moins douloureuse en faisant l'anesthésie au fur et à mesure. Néanmoins il faut reconnaître que la douleur est toujours plus facile à éviter par la voie buccale.

Les points de repère signalés par M. Jeay sont très intéressants. Il a calculé, vous le savez, la longueur de l'aiguille, le nerf se trouverait approximativement à une longueur qui pouvait être les trois cinquièmes de la distance comprise entre les incisives et la dent de sagesse. Il y a des variations individuelles, néanmoins je crois qu'il suffit d'arriver dans la région et que ces différences ne sont pas très grandes. Néanmoins il y a là un point de repère intéressant.

Au point de vue des inconvénients de cette méthode d'anesthésie, je n'en vois guère pour ma part. M. Jeay parle bien de l'hémorragie, il paraît craindre beaucoup l'hémorragie...

M. Jeay. — L'hématome.

M. Roy. — A priori il pourrait sembler en effet qu'on peut craindre l'hémorragie et les injections intra-veineuses. Tous ceux qui ont fait des expériences de ce genre-là, tous ceux qui ont fait des injections d'alcool pour combattre la névralgie faciale vous diront qu'on n'a pas observé d'accidents ni du fait d'injections dans les veines, ni du fait d'hémorragies. Il semble, comme le rappellent MM. Lévy et Baudoin, dans leur petit livre, il semble que, suivant l'expression de M. Morestin, les artères de la face soient d'une structure spéciale qui fait qu'elles ne saignent pas très facilement et que l'hémorragie ne se produit pas.

Dans aucune de ses observations du reste M. Jeay ne parle d'écoulement sanguin au cours de sa première ponction. Je crois donc que cette ponction en deux temps n'est pas absolument nécessaire. Je crois que lorsque l'opération sera plus généralisée on pourra faire la ponction et l'injection en un seul temps.

M. Jeay appelle avec raison l'attention sur ce fait que pour obtenir l'anesthésie péritronculaire il est nécessaire d'employer une quantité de liquide relativement importante. En effet malgré toutes les mensurations qu'on peut faire, malgré tous les points de repère qu'on peut suivre, on n'est pas sûr d'arriver très exactement au niveau du tronc nerveux. Or ce qu'il faut c'est de baigner la région dans une quantité de solution suffisante pour pouvoir atteindre le nerf par imbibition. Il a raison d'autre part de signaler l'importance de l'injection péritronculaire et non pas tronculaire.

Si notre collègue a raison d'insister sur l'utilité qu'il y a dans la circonstance à employer une solution d'alcooloïde dans un sérum isotonique, ce qui présente certainement des avantages au point de vue de l'absorption, il me semble par contre qu'il attache une importance exagérée à la température de la solution. Je ne crois pas que cette température ait une bien grosse importance, d'autant plus que lorsqu'un liquide est injecté dans l'économie, comme dans ce cas en quantité restreinte somme toute, l'équilibre se fait très rapidement et ce liquide passe vite à la température du corps qu'il ait 20° ou qu'il en ait 45°. Cette critique et les quelques autres que j'ai faites n'ont pas d'autre but que d'amener l'auteur de ce très intéressant travail à simplifier une méthode qui est par elle-même excellente et à ce point de vue-là je crois qu'il y aurait avantage à supprimer ce qui n'est pas utile si cela peut rendre cette méthode plus facilement applicable.

Je tiens enfin en terminant à féliciter M. Jeay de son très intéressant travail sur cette nouvelle méthode d'anesthésie.

M. Jeay. — Je répondrai tout de suite à M. Roy, à propos des critiques qu'il me fait relativement à l'oubli du nom de Schlosser : j'ai dit dans ma communication que la voie que je préconisais, celle dite buccale, avait été employée par Oswald, comme il le dit lui-même dans sa communication à l'Académie de médecine de 1906. Or la façon dont je vous cite son travail invite à se reporter à celui-ci, je n'aurais qu'à vous lire la phrase qu'il emploie : Il y reconnaît lui-même que c'est en revenant de l'École de Vienne qu'il a appris la méthode de Schlosser et que rentré en France il l'a appliquée et perfectionnée. J'ai cru inutile de prononcer le nom de Schlosser puisqu'à mon sens la méthode d'Oswald était un perfectionnement de la méthode de Schlosser.

M. Roy. — C'est la méthode de Schlosser elle-même. Je peux vous dire de suite que, pour des raisons que je n'ai pas à développer ici, j'ai eu à correspondre avec Schlosser. Or c'est Schlosser qui quelque temps après m'a conseillé de m'adresser à Oswald pour avoir des renseignements sur sa méthode.

Vous avez cité dans votre travail le nom d'Oswald, je ne vous en veux pas pour cela, mais j'ai dit que vous n'aviez pas cité le nom de Schlosser duquel Oswald tenait le procédé. Or je suis d'avis que lorsqu'un homme a trouvé le premier un procédé on ne doit pas permettre à d'autres de l'accaparer.

M. Jeay. — Comme je ne connais pas Schlosser personnellement, j'ai été obligé de m'en rapporter aux écrits que j'ai trouvés, notamment à la communication d'Oswald à l'Académie de médecine. J'ai dit dans mon travail que j'employais la même voie de pénétration qu'Oswald, qui ne l'a pas employée au point de vue anesthésique, mais seulement pour le traitement des névralgies. Quant à M. Munch,

j'ai pris le soin de rappeler qu'il était venu préconiser ici la voie d'accès que Lévy et Baudoin avaient employée précédemment pour les injections d'alcool. J'ai fait la critique de cette méthode. J'ai fait celle de la voie d'accès par la voie orbitaire, je ne crois pas avoir oublié grand'chose au point de vue bibliographique, bien que j'aie eu grand soin de dire que je n'y avais aucune prétention.

Si je me suis permis de dire dans ma communication que la technique employée par moi pour aller anesthésier le nerf maxillaire supérieur à sa sortie du crâne était nouvelle et personnelle, c'est parce qu'aucun autre auteur n'a eu l'idée d'employer aussi méticuleusement que je l'ai fait ces mêmes précautions que M. Roy considère comme inutiles et que je considère moi comme indispensables.

Il est un fait entendu : au fond de la fosse ptérygo-maxillaire passe un paquet vasculo-nerveux imprécis et variable dans ses formes. Vous n'avez pas dans cette chirurgie millimétrique de point de repère précis pour éviter d'aller blesser le nerf que vous cherchez à anesthésier ou pour éviter les vaisseaux dans lesquels vous ne devez pas injecter. C'est pourquoi j'ai préconisé la piqûre à blanc qu'aucun autre auteur n'a préconisée. M. Munch et ses prédécesseurs, MM. Lévy et Baudoin, injectent avec une seringue qui est déjà chargée de la solution de cocaïne et, comme ils sont obligés de traverser la peau, région douloureuse, de traverser tout un plan musculaire pour atteindre la fosse zygomatique, qui, elle, n'est plus douloureuse, toute cette première phase est pénible pour le malade, de sorte que cela les force à pousser au fur et à mesure de la cocaïne. C'est là le défaut de leur méthode ; il y a une grande loi que Reclus n'a pas oubliée, c'est que l'injection doit être faite périphériquement au nerf, sinon vous risquez la névrite : c'est un accident grave, une lésion à longue durée qui peut entraîner de gros ennuis pour le malade.

Il faut donc vous arranger par tous les moyens pour ne pas blesser les troncs nerveux, en un mot vous devez envelopper le nerf de liquide anesthésique et ne pas injecter dans le nerf. Or, il n'y a qu'un moyen pour vous guider, c'est la sensibilité du malade. Pour cela il faut faire la piqûre à blanc, autrement vous risquez une dissociation des fibrilles nerveuses, en un mot la névrite et vous n'avez qu'à ouvrir le traité de Reclus qui dit très bien qu'il y a 15 ou 20 ans des essais ont été faits par ces méthodes et que toujours on est arrivé à avoir des ennuis, justement parce qu'on avait injecté dans les nerfs.

M. Roy me dit que la ponction exploratrice n'est pas indispensable. J'affirme que oui ; même pour le maxillaire inférieur il m'est arrivé plusieurs fois, lorsque je faisais cette ponction, au niveau de l'épine de Spix d'amener du sang ; j'étais donc dans un vaisseau — si j'avais

été dans une artère, le moindre inconvénient aurait été de voir mon liquide anesthésique entraîné partout ailleurs qu'au point précis où je voulais l'injecter, c'est-à-dire au niveau du tronc nerveux à anesthésier — si j'avais été dans une veine, cela eût été pire, car il y a une loi fondamentale que nous ne devons pas oublier : la toxicité des alcaloïdes anesthésiques augmente en proportion directe de leur rapidité d'absorption.

En injectant dans la circulation, vous risquez donc ou de manquer votre anesthésie ou de provoquer des accidents toxiques.

J'estime donc que, comme il vous est impossible de savoir exactement où sont les vaisseaux, tant au maxillaire supérieur qu'au maxillaire inférieur, vous devez mettre de votre côté toutes les chances de réussite et éloigner de vous toutes les chances d'accidents, et pour cela il n'y a qu'un moyen : la ponction exploratrice, précaution que nul auteur n'avait songé à prendre.

Vous dites aussi que la température ne joue pas un rôle aussi grand que je le crois. Au début, j'ai fait mes injections froides ; j'en suis arrivé aujourd'hui à 53 observations que je tiens à votre disposition et qui sont sur les registres de l'Ecole. Or, je me suis aperçu à mes débuts que ceux-ci n'étaient pas très heureux, je veux dire par là qu'au lieu d'obtenir l'anesthésie profonde, entière, que je désirais, j'avais une demi-anesthésie, une analgésie superficielle. J'ai cherché pourquoi : il y a ici un fait anatomique très particulier, tout le fond de la fosse zygomatique, toute la fente et la fosse ptérygo-maxillaire sont tapissés d'un tissu cellulo-graisseux extrêmement lâche qui se présente sous l'aspect de graisse semi-fluide. Si dans cette graisse semi-liquide vous injectez froid vous avez des résultats médiocres ; si au contraire vous injectez chaud, vous avez des résultats parfaits. La clinique est là pour prouver ces faits qu'un physiologiste pourra expliquer. Lorsque j'injectais froid, j'étais obligé d'attendre une demi-heure pour obtenir un résultat ; maintenant que j'injecte chaud, la durée est diminuée de moitié. Lorsque j'injecte chaud, l'action est bien plus rapide, elle est aussi bien plus complète.

Si vous ne rendez pas le liquide que vous injectez aussi physiologique qu'il peut et doit être, vous aurez des échecs. J'estime que la température choisie par moi, de 45°, qui est au-dessus de la température normale du corps, a non seulement pour but de faciliter l'absorption parce que j'injecte dans un tissu cellulo-graisseux, mais aussi d'augmenter le pouvoir anesthésique du médicament. Du jour où j'ai injecté chaud, je vous le répète, j'ai obtenu des résultats beaucoup plus complets.

M. Roy a bien voulu me rappeler que j'avais eu une bonne idée en parlant de l'innervation collatérale. Dès le début de mes recherches, j'ai été tout à fait livré à moi-même : je ne connais pas l'alle-

mand, langue dans laquelle il vient justement de paraître un travail extrêmement intéressant sur l'anesthésie régionale ; en consultant cet ouvrage, peut-être bien des tâtonnements m'auraient-ils été évités. Toujours est-il qu'au début, pour le maxillaire inférieur, par exemple, j'en étais resté à faire ce que Nogué faisait : une injection seulement au niveau de l'épine de Spix. C'est pour cela que j'avais des résultats incomplets et le jour où j'ai repris toute l'innervation collatérale que le maxillaire inférieur et supérieur présentent, j'ai eu des résultats vraiment remarquables.

Pour le maxillaire inférieur c'est très explicable : le nerf dentaire inférieur ressort de son conduit osseux justement au trou mentonnier, où il y a des anostomoses avec le facial, nerf moteur et sensitif. Jamais les physiologistes n'ont décrit ces faits et pourtant cliniquement ils sont constants.

Il semblerait que le facial, également pour le maxillaire supérieur, redonne une partie de sensibilité au nerf maxillaire supérieur. Si je réussis complètement, même dans les inflammations extrêmement étendues, dans les cas de périostite aiguë, dans les cas de suppuration, ce n'est que parce que je reprends les extrémités du nerf maxillaire supérieur au niveau de ses anastomoses avec le facial.

Quand nous voulions en clinique opérer des accidents de dents de sagesse, pour éviter le chloroforme, et que nous voulions obtenir une anesthésie complète, nous échouions toujours au niveau de l'angle postéro-externe de la dent. La muqueuse restait toujours douloureuse extérieurement et postérieurement à la dent de sagesse. Du jour où nous avons injecté au niveau des extrémités du massèterin, cette partie de muqueuse est devenue insensible. De même en injectant au niveau du mylo-hyoïdien nous avons obtenu une anesthésie parfaite de la muqueuse interne sur toute la longueur de la mâchoire. C'est l'ensemble de cette technique qui m'a permis de dire « procédé nouveau et réellement personnel », parce que ni M. Chevrier ni MM. Lévy et Baudoin, ni M. Munch, n'ont préconisé les précautions essentielles que je vous invite à prendre.

De plus M. Roy me disait que je semblais craindre l'hémorragie. Par hémorragie j'entends l'hémorragie qui se fait dans l'intérieur des tissus ; je ne veux pas dire qu'il y aurait hémorragie externe, puisque la piqûre possible serait une piqûre des vaisseaux profonds : je veux dire l'hématome. Un des inconvénients que Baudoin et Lévy reconnaissent à leur méthode, c'est le cas d'hématome. Ils citent des cas d'hématome s'étendant à toute la région de la face. Pour éviter ces accidents-là, j'ai intérêt non seulement à faire une ponction exploratrice, mais à faire mon injection à une température élevée qui favorisera la vaso-constriction, due à l'adrénaline.

Je crois avoir répondu à toutes les objections de M. Roy, si toutefois j'en avais oublié une, il voudra bien me le signaler.

M. Roy. — Je ne veux pas retenir plus longtemps votre attention sur cette question d'ordre spécial.

J'ai critiqué tout à l'heure la ponction exploratrice pratiquée par M. Jeay au point de vue hémorragique, mais pas au point de vue de la névrite. Je n'ai pas critiqué une seule fois les craintes qu'il avait émises au sujet de la névrite, je l'ai félicité au contraire de faire une anesthésie péritronculaire. J'ai parlé seulement des craintes qu'il émettait à propos de la ponction exploratrice qu'il fait, dit-il, pour s'assurer qu'il n'a pas blessé un vaisseau. J'ai dit que ces craintes étaient plus théoriques que réelles. Je vois que dans toutes ses observations il n'est pas sorti une goutte de sang.

M. Jeay. — Il m'est arrivé deux fois d'être en plein dans l'artère dentaire inférieure.

M. Roy. — Je constate que Oswald aussi bien que Lévy et Baudoin s'accordent à dire qu'ils n'ont jamais eu d'accident d'hémorragie externe. Vous parlez d'hématome, il est possible qu'il s'en forme, mais ce n'est pas votre ponction à blanc qui vous mettra à l'abri de l'hématome.

M. Jeay. — Je n'ai pas dit ponction à blanc, j'ai dit piqûre à blanc. Lorsque votre aiguille sera parvenue au terme de sa course vous devez immobiliser votre aiguille et pratiquer alors la ponction.

M. Roy. — Ce n'est pas cela qui vous mettra à l'abri d'un hématome.

M. Jeay. — Si, cela en diminue les chances.

M. Roy. — Vos craintes sont exagérées, je le répète, au sujet de l'hémorragie, elles sont à mon avis plus théoriques que réelles et les précautions que vous indiquez ne vous mettent pas à l'abri des inconvénients que vous signalez, notamment de l'hématome.

Vous faites un peu erreur quand vous dites que votre injection chaude combattra plutôt l'hémorragie si elle se produit. Ce sera plutôt le contraire. Ce n'est pas un liquide à 45° qui diminue une hémorragie, au contraire ; à cette température ce n'est pas de la vaso-constriction qu'il provoquera, mais bien plutôt de la vaso-dilatation.

Quand on veut arrêter une hémorragie, il faut injecter de l'eau à 50° et même davantage.

Enfin vous faites une erreur quand vous dites que le nerf facial est un nerf mixte.

M. Jeay. — Il n'est pas seulement moteur.

M. Roy. — Le facial est un nerf exclusivement moteur avec des anastomoses sensitives.

M. Jeay. — Il restera une chose qui est indiscutable pour ma ponction exploratrice, c'est de ne pas injecter d'un coup 4 centi-

grammes d'alcaloïde dans une veine. Vous ne pouvez pas me retirer que je dis juste.

Je crois que le grand avantage de cette méthode n'est pas de venir remplacer totalement la méthode de l'injection intra-gingivale, mais bien d'éviter l'anesthésie générale.

Si M. le président me le permet, je peux lire cette observation qui est probante et que j'ai prise il y a quelques jours.

Observation.

M. B..., 25 ans, se présente à ma consultation le 26 octobre très tard, le soir : il souffre d'un abcès alvéolo-dentaire très douloureux causé par la racine de la deuxième petite molaire inférieure gauche.

Le gonflement énorme de la gencive et de la table extérieure de l'os à ce niveau qu'il est impossible de toucher, la périostite intense de la dent rendent inutile toute injection intragingivale. Malgré l'éclairage artificiel, sur l'instance de mon malade, je tente l'extraction sous réfrigération. Celle-ci est très pénible et, gêné, je la manque. Je demande à mon malade de remettre l'extraction au lendemain matin et je lui prescris des calmants.

Le lendemain, 27, l'abcès encore augmenté et la gencive plus abîmée que la veille me déterminent à pratiquer l'anesthésie régionale.

Au niveau de l'Epine de Spix j'injecte 1 cc. de sérocaïne à 45° centigr., au niveau du trou mentonnier 1 cc. et du mylohyoïdien 1/2 cc.

Après 20' d'attente j'ai l'anesthésie absolue de toute la moitié de la mâchoire pendant une heure. La moindre pression sur l'abcès et sur la racine qui était intolérable est absolument indolore.

Bien heureusement d'ailleurs, car ce n'est qu'après des difficultés inouïes que je pus extraire la racine incriminée et qui se terminait par une forte exostose.

Je voulais vous signaler ce fait qui vous démontre qu'on obtient avec cette méthode des résultats impossibles avec la méthode habituelle intragingivale. (*Applaudissements.*)

Le président. — Lorsque nous reculons de quelques années en arrière, jusqu'à 1866, nous voyons que ce fut Richardson qui inventa le stypage par l'éther: donc le début de l'anesthésie locale ; puis, comme je le disais tout à l'heure, les Telschow en 1884, ensuite Viau qui, par son travail si documenté, vulgarisait les injections, ainsi que quelques autres d'entre nous, pour arriver par Reclus, Nogué et Jeay à des résultats surprenants.

Je dois également ajouter que pendant mon voyage cet été, je suis allé faire une visite à l'Ecole dentaire de Christiania où le Dr Ryghe faisait quotidiennement et couramment de l'anesthésie régionale ; mon fils et moi nous avons assisté à plusieurs anesthésies avec des résultats merveilleux et concluants.

Tout en renouvelant mes félicitations à M. Jeay pour son admira-

ble travail, je tiens à remercier M. Roy d'avoir avec sa grande compétence pris la parole ce soir.

V. — *a*) Bagues fendues en métal coulé ; *b*) Dent a loquet ; *c*) Pont a mortaises monté sur bagues fendues.

M. Léger-Dorez donne lecture d'une communication sur ce sujet. Il présente à l'appui différents spécimens et fait une démonstration pratique de son système au sujet duquel il fournit à l'assistance les renseignements les plus détaillés.

Discussion.

M. Touvet-Fanton. — Je trouve que le travail de M. Léger-Dorez est tout à fait joli, c'est un travail de précision magnifique. Je lui adresserai donc tous mes compliments et je suis sûr qu'en cela je suis l'interprète de tous mes confrères.

Je voudrais cependant lui adresser une petite critique : il n'y a d'ailleurs rien au monde qui soit parfait et l'on peut toujours critiquer quelque chose même quand on l'admire. Ce que M. Léger-Dorez nous a présenté ce soir nous donne toute satisfaction, sauf cependant sur un point. La qualité de la bague ajustée à la main, en temps ordinaire, c'est de descendre un peu plus bas que le collet et de protéger celui-ci. La seule critique donc que je ferai à M. Léger-Dorez, c'est que ses bagues si merveilleusement adaptées qu'elles soient, ne protégeront pas le collet. Je trouve très rationnelle cette idée d'élever la bague un peu haut, de façon qu'elle porte sur une couche assez forte d'émail, de manière à surveiller ses bords, mais je redoute l'atteinte très probable de ces bords limites.

M. Georges Villain. — M. Léger-Dorez vient de nous apporter une nouvelle technique extrêmement intéressante pour la confection des bridges. Cependant je voudrais lui poser une question.

A priori ses bridges ne seraient destinés qu'à établir des appareils à pont de petite étendue. Je ne vois pas un bridge de longue étendue supporté par des bagues n'ayant pas d'autre soutien que leur épaisseur. Je crois que l'effort supporté par ces bridges pendant la mastication risquerait de distendre le métal et que nous verrions à la longue le bridge s'enfoncer progressivement et laisser ainsi un espace entre ses faces triturantes et les dents antagonistes. L'avenir dira si ces bridges peuvent supporter cette pression sans extension et allongement des bagues. Si le contraire se confirme, ce système n'aurait plus de raison d'être que dans les cas de remplacement d'une dent. Dans ces cas il est évident que nos malades hésitent à voir meuler une dent saine pour le remplacement d'une dent absente par un bridge; je dis une dent saine, parce que, lorsque nous n'avons qu'une dent à remplacer, il n'est pas nécessaire d'employer plusieurs piliers

fixes, il est même préférable de n'en employer qu'un et de l'aider par un taquet placé sur une dent saine à l'autre extrémité de l'appareil. Jusqu'ici il nous fallait le plus souvent procéder à la dévitalisation de l'organe sur lequel nous voulions construire le pilier. Personnellement je ne redoute pas au contraire la dévitalisation ; malheureusement il nous faut parfois compter avec le malade et pour cette raison il est très intéressant de pouvoir fixer un bridge comme le fait M. Léger-Dorez.

Je demanderai à M. Léger-Dorez s'il n'a pas vu des enfoncements se produire sur des bridges allant de la deuxième grosse molaire à la canine, puisqu'il nous a parlé tout à l'heure d'un bridge qui avait à peu près cette étendue.

Je tiens à le remercier pour mon propre compte, j'estime qu'il nous a fait une présentation extrêmement utile pour nous et pour nos malades.

M. André. — Je suis de l'avis de M. Touvet-Fanton et de M. Villain pour adresser des félicitations à M. Léger-Dorez, attendu que c'est un travail absolument nouveau, très original, et qui présente à mon point de vue de très grandes qualités mécaniques. Maintenant, comme le disait M. Villain tout à l'heure, si ce bridge peut s'appliquer dans les cas où l'on a plusieurs dents à remplacer, ce sera parfait. M. Léger-Dorez nous dira tout à l'heure ce qui en est, en tous les cas j'espère qu'il nous promettra de faire des expériences à la clinique de l'Ecole et que nous pourrons ainsi nous rendre compte par la pratique de la valeur de ce système avant de critiquer le bon fonctionnement de ces bridges à longue portée.

M. Viau. — Je pense que M. Léger-Dorez nous dira tout à l'heure s'il a eu l'occasion de faire des bridges d'une plus grande étendue que ceux qu'il nous a montrés. Néanmoins je crois que nous sommes tous de cet avis, et pour mon propre compte je suis frappé de cette ingéniosité qui permet d'adapter des bagues avec une telle perfection sans mutiler la dent.

Il est évident que nous faisons tous des bridges d'importance plus ou moins grande, mais des bridges comme ceux-là, une dent absente entre deux dents saines, j'ose à peine les conseiller aux patients.

Depuis longtemps j'ai remarqué que des bagues inamovibles sur des dents très conifiées — vous vous êtes servi d'un mot très ingénieux — offrent beaucoup de danger lorsque la dent n'est pas dévitalisée. Nous savons aujourd'hui que pour faire une bonne bague il faut dévitaliser la dent, étant donné que jusqu'à présent on ne pouvait pas ajuster des bagues avec une perfection telle que vous venez de nous le démontrer. Ce qui ressort tout d'abord dans votre procédé, c'est qu'on n'est plus obligé de mutiler les dents. Vous ajustez des bagues de telle sorte que cela me paraissait jusqu'à présent une chose abso-

lument impossible et j'apprécie beaucoup ces bagues qui ne descendent pas au collet.

Autrefois sur une dent meulée nous étions obligés de faire des bagues descendant le plus bas possible pour protéger ces dents d'une carie future, mais dans des dents non dévitalisées, nous avons avantage à laisser le collet libre afin qu'on puisse faire le nettoyage habituel de la dent.

Je suis très reconnaissant à M. Léger-Dorez de nous avoir montré ce soir des travaux aussi bien faits, nous tâcherons de nous appliquer à faire aussi bien, mais nous ne le ferons certainement pas tout de suite.

M. Léger-Dorez. — A M. Touvet-Fanton je répondrai que j'étais l'artisan convaincu des bagues n'épousant que les rondes-bosses des dents, laissant les collets, sains, absolument découverts ; mais une expérience personnelle m'a convaincu du contraire, et j'ai fait démolir par mon confrère M. Felumb le pont que je portais depuis plusieurs mois, pour en construire un autre monté sur des bagues descendant jusqu'au bord du collet gingival des dents de support.

La dénudation des collets présentait les plus gros inconvénients dont le moindre était une usure prématurée au contact de la brosse à dents occasionnant une très grande sensibilité de mes molaires de support.

M. Touvet-Fanton est dans l'erreur en supposant qu'il y a la moindre difficulté à faire descendre les *bagues fendues* aussi bas au collet des dents qu'avec des bagues de couronnes ordinaires.

Je prétends le contraire ; il suffit de graver très délicatement sur le modèle une légère ligne de déchaussement au collet de la dent à bagues en s'aidant d'un petit stylet, sous la loupe, bien entendu, afin de ne pas entamer la dent et gêner de ce fait, par une déformation préjudiciable, à la parfaite adaptation de la bague au moment de son placement dans la bouche.

J'ai fait des coupes de bagues fendues établies sur des dents naturelles, et ai été absolument émerveillé des qualités d'adaptation de ce genre de travail.

M. Villain met en doute la possibilité d'établir de très grands ponts montés sur bagues fendues. A cette nouvelle objection il me sera facile de répondre que j'ai déjà établi des ponts dans le genre de celui que j'ai publié cette année dans « le Laboratoire ». Ce bridge prenait ses assises sur la dent de sagesse par une bague fendue, et, d'autre part, sur une racine de canine inférieure portant un pivot à œil. Ce pont supporte un très gros effort de mastication dû à un allongement très accentué de la grosse molaire supérieure ; il fait un excellent service et je le classe parmi les plus solides de ma collection composée déjà de 16 exemplaires.

Bien entendu, les bagues devant subir de gros efforts doivent être construites de façon plus robuste et comporter le plus possible de recouvrements formant ergots de rétention, partout où l'antagonisme ne s'y oppose pas.

M. Villain me demande comment s'opère le resserrement des bagues avant de construire le tablier du pont. Il suffira de regarder les dessins : on y verra le petit fil de fer qui, passant dans un petit trou inférieur, se glisse entre les queues d'assemblage et la muqueuse gingivale. Ce fil subissant une torsion à la pince resserre les queues d'assemblage, le tablier du pont est alors confectionné en *cire coulée*, puis monté en or sous la presse, comme d'habitude.

M. Viau me fait observer à son tour qu'au moment de leur resserrement les bagues subissent un gros effort de traction, capable, croit-il, de faire céder les bagues au niveau de leur jonction avec la bandelette d'or, et qu'il croit un point de soudure supplémentaire indispensable. Je lui répondrai de se reporter aux indications et à la figure n° 1 des dessins de mon article ; il verra que j'ai pris la précaution de prélever cette bandelette dans de l'or à 22 carats, et qu'en plus, des petits trous sont percés aux extrémités de cette bandelette. Ces petits trous sont remplis naturellement par la coulée de l'or servant à la confection des bagues, ce qui constitue des points d'agrafage absolument suffisants. Néanmoins l'idée de M. Viau est à retenir et un point de soudure à 20 carats n'est certainement pas fait pour nuire, quoiqu'absolument superflu.

Comme conclusion aux observations et critiques que je viens d'entendre et de réfuter ici, qu'il me soit permis de formuler un désir : celui de voir mes confrères entrer dans la voie que je leur indique, fabriquer d'après mes formules le plus possible de *ponts sur bagues fendues*, afin d'apprendre à en connaître les avantages qui me mettront à jamais à l'abri de la critique. Je dirai cependant qu'il ne faut pas espérer d'emblée réussir les bagues fendues, un certain apprentissage sera nécessaire. Il faut traiter ce travail comme de l'orfèvrerie fine, si l'on désire obtenir *la précision, qui seule* permetta de tirer tout le parti que l'on doit retirer de ma méthode.

M. Viau. — Quand vous placez votre bague et que vous procédez au rapprochement, il y a une très forte traction sur la bague elle-même. Or tout à l'heure je vous avais demandé comment vous ressoudiez la lamelle à la partie d'or fendue. Vous m'aviez dit comment, mais jusqu'à présent au laboratoire nous n'avons pas toujours réussi à souder l'or, ils viennent bien se juxtaposer, mais nous préférons une soudure ordinaire, comme sécurité.

M. Léger-Dorez. — Je place la plaque entre les dents, il se forme comme un rivet lorsque la coulée se produit.

M. le président. — Nous ne pouvons que féliciter M. Léger-Dorez

de son ingéniosité et remarquer sa grande habileté de mécanicien. Ses bagues ouvertes peuvent être comparées aux couronnes ouvertes de Davenport, qui ont cela de supérieur qu'elles couvrent davantage les dents et ne laissent pas le ciment s'altérer si vite. Je crains que cela ne se produise avec les bagues de M. Léger-Dorez, comme le mouvement de mastication est un facteur de déplacement. Je n'ose pas en faire une critique sérieuse, l'expérience seule nous le permettra.

Nous sommes très reconnaissants à M. Léger-Dorez de nous avoir donné la description et fait la présentation de son bridge à mortaise et je l'en remercie beaucoup.

La séance est levée à minuit moins dix.

Le secrétaire général,
R. Lemière.

SÉANCE DE DÉMONSTRATIONS PRATIQUES DU DIMANCHE 11 DÉCEMBRE 1911.

Une séance de démonstrations pratiques organisée par la Société d'Odontologie a eu lieu le 11 décembre, à l'Ecole dentaire de Paris, devant une assistance nombreuse de confrères de Paris et de la province. MM. Etchepareborda, Roy, Georges et Henri Villain, ont fait des démonstrations du plus haut intérêt. Nous avons aussi à cette séance assisté à une très heureuse innovation : pour la première fois des travaux étaient présentés par des élèves à la Société d'Odontologie. Par leur perfection, digne des meilleurs maîtres, ces travaux ont été très admirés, et d'unanimes félicitations furent adressées à leurs auteurs et aux dévoués professeurs, MM. Robin et Machtou, qu ont formé de si bons praticiens.

Au retour d'un voyage aux Etats-Unis, M. Etchepareborda, a exposé dans une intéressante causerie, publiée dans *l'Odontologie,* ses impressions de savant et de technicien. La technique de la porcelaine semble devoir entrer dans une phase nouvelle. Le procédé Welden qu'expérimente devant nous M. Etchepareborda n'est autre que la coulée de la porcelaine par aspiration. La méthode est la même que pour la coulée des inlays d'or. Cette idée mérite qu'on s'y arrête et semble en bonne voie de réalisation. Elle le serait encore plus si la formule de la pâte était connue. Les blocs de porcelaine obtenus par M. Etchepareborda sont merveilleusement adaptés, les teintes semblent normales autant qu'on en peut juger sur des modèles de démonstration.

La coulée des inlays par aspiration a aussi d'importants perfection-

nements. M. Etchepareborda nous montre un élégant appareil réalisant à merveille ce principe.

Enfin les auteurs américains, Taggart entre autres, cherchent à faciliter le travail de la cire des inlays. Pour cela ce dernier a imaginé un appareil destiné à ramollir la cire au degré optimum de malléabilité.

Tous ces appareils ont vivement intéressé nos confrères, qui ont chaleureusement applaudi M. Etchepareborda.

M. Etchepareborda ne ménage ni son temps ni sa peine quand il s'agit de l'Ecole dentaire de Paris, il l'a maintes fois montré ; aussi sommes-nous heureux de lui témoigner ici, une fois de plus, toute notre reconnaissance.

D'autres auteurs se sont chargés de nous montrer qu'en France aussi on ne restait pas inactif. M. Roy a procédé à l'ablation d'un kyste du maxillaire supérieur, chez un jeune confrère. Après avoir mis à nu la table externe du maxillaire par la résection d'un large lambeau muqueux, une ponction exploratrice fut pratiquée, et l'introduction d'une sonde permit de mesurer l'étendue du kyste, qui était considérable. Le kyste, situé au niveau de la racine mésio-vestibulaire de la première molaire gauche, s'étendait en arrière et latéralement a une profondeur de 5 centimètres. Après résection de la partie osseuse, le kyste fut soigneusement cureté dans toute son étendue.

L'anesthésie à la sérocaïne-adrénaline fut en tout point parfaite.

M. Roy fait à l'Ecole dentaire l'enseignement de la stomatologie. Nous prenons ici ce mot dans son acception la plus scientifique et la plus odontologique. Nombreux sont les cas de curettage alvéolo-radiculaire, de résection partielle du maxillaire, d'ablation de kystes, pratiqués devant nous dans ses démonstrations du dimanche matin et nous le remercions des nombreux cas intéressants qu'il nous a présentés.

Tous nos confrères connaissent la grande compétence de MM. Georges et Henri Villain en orthodontie. Les résultats qu'ils ont obtenus, à l'Ecole dentaire de Paris, avec les appareils à arcs d'expansion, sont des plus remarquables, aussi est-ce au milieu d'un groupe attentif qu'ils ont fait la démonstration des différentes sortes d'ancrages : simple, stationnaire, réciproque, occipital, intermaxillaire. Un cas montrant l'utilité de l'ancrage stationnaire a particulièrement attiré notre attention. Le scellement des bagues, la manœuvre des écrous, des ligatures, tous ces tours de main si utiles et si délicats furent exposés à tous, de façon très pratique. Les méthodes d'orthodontie, encore nouvelles pour beaucoup, tendent de plus en plus à remplacer les anciens procédés basés sur l'appareil à plaque. MM. Villain se sont fait les propagateurs des méthodes d'Angle et

de Case, ils ont aussi puissamment contribué par leurs travaux personnels non seulement à vulgariser ces méthodes, mais à les perfectionner et à les préciser.

Enfin nous avons pu difficilement approcher des malades — j'allais écrire fortunés — qui ont eu la chance d'être choisis pour la présentation à la Société d'Odontologie. Leur patience sera récompensée par l'inaltérable résistance des émaux, des inlays et des aurifications dont ils supportèrent et la confection et surtout l'examen détaillé et admiratif de tous nos confrères présents. Cette présentation eut un tel succès que le bureau de la Société d'Odontologie a décidé de la renouveler sous forme de concours avec récompense. Les conditions en sont actuellement à l'étude et la date en sera fixée au mois d'avril prochain. MM. Robin et Machtou, dont le dévouement à notre école est bien connu, ont reçu les félicitations de tous et celles qui leur furent, je crois, les plus sensibles, furent certainement celles de M. Etchepareborda. Il déclarait que ses impressions de voyage allaient se compléter d'un nouveau chapitre sur la France qui ne sera pas le moins intéressant, car il n'avait rien vu, nous assura-t-il, dans les travaux des écoles américaines qu'il a visitées qui fut supérieur aux travaux présentés à cette séance par les élèves de l'Ecole dentaire de Paris.

A la fin de la réunion, M. Robin a remercié au nom de la Société nos confrères qui ont bien voulu nous apporter leur concours ; nous leur renouvelons ici toute notre gratitude.

R. Lemière.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

La justice s'est prononcée pour la seconde fois.

Nous avons annoncé dans notre numéro du 15 novembre 1911 qu'à la suite des incidents et des irrégularités qui ont amené la désorganisation de la Fédération dentaire nationale, la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris et l'Association générale syndicale des dentistes de France, auxquelles se sont jointes l'Association des professeurs des Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique, l'Association de l'Ecole odontotechnique et la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Lyon, ont introduit auprès du tribunal civil de la Seine un référé tendant à la nomination d'un administrateur provisoire de la F. D. N. Nous avons ajouté que le Tribunal, faisant droit à cette demande, a rendu, le 6 novembre 1911, une ordonnance dans ce sens et a nommé M. Desbleumortiers administrateur judiciaire de la Fédération.

Nous avons publié cette ordonnance dans notre numéro du 15 décembre 1911. Malgré ce premier échec, M. Francis Jean a cru devoir faire appel et, après diverses remises, l'affaire est venue devant la 3e chambre de la Cour d'appel le 30 janvier 1912. M. Debacq s'est présenté pour M. Francis Jean ; M. Boullay pour M. Desbleumortiers, administrateur judiciaire, en raison des termes dans lesquels était conçu un exploit[1] *qui avait été signifié à ce dernier ; Me Ducuing pour la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris et l'A. G. S. D. F.*

Après les plaidoiries, qui ne furent terminées qu'à 4 heures (l'audience avait été ouverte à midi), l'affaire fut renvoyée à huitaine.

Le 7 février la Cour a rendu l'arrêt suivant :

La Cour, après avoir entendu aux audiences du 31 janvier dernier et en celle de ce jour, en leurs conclusions et plaidoiries respectives, Debacq, avocat de Jean, assisté de Renard, son avoué ; Ducuing, avocat de l'Association générale syndicale des dentistes de France, de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris et de d'Argent, assisté de Villebœuf, leur avoué ; Boullay, avocat de Desbleumortiers, assisté de Gibon, son avoué, ensemble en ses conclusions M. Fournier, avocat général, et après en avoir délibéré confor-

---

1. Cet exploit était signifié notamment au nom de M. Doucedame, président de l'Union corporative des étudiants en chirurgie dentaire et de M. Quincerot, président de la Maison du Dentiste, qui ont protesté par lettres contre l'usage fait de leurs noms, usage qu'ils n'avaient pas autorisé.

mément à la loi. Vu leur connexité, joint les causes et statuant tant sur l'appel interjeté par Jean d'une ordonnance de référé rendue par M. le Président du Tribunal civil de la Seine le 6 novembre 1911 ; que sur l'intervention formée par Desbleumortiers ; Considérant que l'appel est régulier en la forme, qu'aucun moyen n'est soulevé contre la recevabilité ; Considérant que Desbleumortiers, nommé par l'ordonnance entreprise Administrateur de la Fédération dentaire nationale, étant l'objet dans les conclusions prises par l'appelant d'imputations de nature à incriminer la correction de son administration, son intervention doit être déclarée recevable. Considérant qu'il résulte des pièces versées au débat, notamment des dispositions de l'art. 5 des statuts de l'Association générale syndicale des dentistes de France, de l'art. 6 des statuts de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, ensemble des délibérations de leurs conseils d'administration, que la demande a été régulièrement introduite au nom de ladite association par son Président, le sieur Blatter, et au nom de ladite société par son Trésorier, le sieur Bioux ; que le fait que lesdites Société et Association auraient elles-mêmes concouru à la violation des statuts ne saurait les rendre irrecevables à poursuivre le retour à la stricte application du pacte social ; que les faits de la cause que l'ordonnance a exactement relatés démontrent suffisamment par eux-mêmes que la demande présentait un caractère d'urgence ; Que l'urgence résultait de ce que l'assemblée générale dont la convocation était critiquée était appelée à se réunir cinq jours plus tard. Que la mesure requise et ordonnée n'ayant d'autre objet que d'assurer le respect des dispositions du pacte social en réservant les droits de chacune des parties n'est pas susceptible de préjudicier à la demande que Jean a introduite au principal contre Godon, Franchette et Blatter ; que c'est en vain que Jean prétend que l'Administration provisoire aurait reçu du juge des référés des pouvoirs excessifs ; que la mission donnée à Desbleumortiers a été tout au contraire limitée à la convocation d'une assemblée avec un ordre du jour destiné uniquement à assurer l'exacte application des statuts ; qu'il n'apparaît nullement que dans l'accomplissement de la mission Desbleumortiers ait mérité le moindre reproche ; qu'il n'a pas excédé les pouvoirs et a agi avec toute la correction désirable, adoptant en outre les motifs de l'ordonnance et rejetant comme non justifiées toutes autres conclusions. Par ces motifs dit recevable l'appel interjeté ; reçoit Desbleumortiers en son intervention. Déclare Jean mal fondé en toutes les demandes, fins et conclusions ; l'en déboute ; dit en conséquence que l'ordonnance sortira son plein et entier effet. En outre dit non justifiées les critiques que Jean a, dans les conclusions, formulées contre Desbleumortiers, et vu les circonstances de la cause condamne Jean à l'amende de son appel et en tous les dépens de référé et d'appel, le condamne enfin

aux dépens exposés sur l'intervention, liquide les dépens, savoir : ceux de l'Association générale syndicale des dentistes de France et autres à.... ceux de Desbleumortiers à.... en ce non compris, les qualités, coût, enregistrement et signification du présent arrêt dont distraction est faite au profit de Villebœuf et Gibon, avoués qui l'ont requise aux offres de droit ; Fait et prononcé en la Cour d'appel de Paris le mercredi sept février 1912 en l'audience publique de la 3e Chambre où étaient présents et siégeaient M. Boutet, président, MM. Fossé d'Arcosse, Soleau, Bertulus et Dubost, conseillers, En présence de M. Fournier, avocat général, Tenant la plume Me Frérot, greffier d'audience.

Cet arrêt se passe de tout commentaire ; nous n'en ferons donc aucun. Nous nous bornerons à donner le bilan résumé d'une agitation stérile dont la constitution du Comité national français d'hygiène dentaire fut le début.

1° 6 *novembre* 1911. — *Le président du Tribunal civil rend une ordonnance de référé faisant droit à nos réclamations ;*

2° 12 *décembre* 1911. — *Assemblée générale de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris qui procède à l'élection du Conseil d'administration.*

La liste du Groupe des amis de l'Ecole est élue par 119 *à* 112 *voix.*

M. Delair obtient 29 *voix.*

La liste des opposants obtient 8 *voix.*

L'assemblée approuve les mesures prises au sujet de la F. D. N.

3° 21 *janvier* 1912. — *Assemblée générale de l'A. G. S. D. F. qui procède à l'élection du Conseil d'administration.*

La liste du Groupe des amis est élue par 269 *à* 191 *voix.*

M. Francis Jean obtient 98 *voix.*

M. Delair obtient 92 *voix.*

Le reste de la liste des opposants obtient 84 *à* 74 *voix.*

L'assemblée approuve les mesures prises au sujet de la F. D. N.

4° 7 *février* 1912. — *La Cour d'appel confirme l'ordonnance de référé, déclare M. Francis Jean mal fondé dans ses demandes et le condamne aux dépens.*

Ces résultats sont significatifs.

*
* *

Une réunion des délégués à la F. D. N. aura lieu prochainemen pour la nomination du Comité exécutif et du Bureau. Nous en ferons connaître la date dans un prochain numéro.

ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE

Conformément aux décisions prises par l'assemblée générale du 21 janvier dernier, le Bureau de l'Association a fait envoyer à toutes les Sociétés qu'il connaissait les ordres du jour adoptés dans cette séance, pour les inviter à se joindre à elle afin de constituer la Commission inter-sociétaire, étant donné que la F. D. N. est encore en voie de réorganisation.

Ces documents ont été envoyés aux sociétés suivantes :

Association de l'Ecole odontotechnique.
— des Professeurs des Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique.
— des Dentistes du Rhône et de la région.
— — de l'Est.
— syndicale des chirurgiens-dentistes du Sud-Est.
— — — — — du Sud-Ouest.
— française d'hygiène dentaire.
Cercle Odontologique de Paris.
Comité national français d'hygiène dentaire.
— régional de la Basse-Bourgogne.
— — — Haute-Bourgogne.
— — — Banlieue de Paris.
— — du Poitou.
— — de la Haute Normandie.
— — — Côte d'azur.
Chambre syndicale des dentistes du Dauphiné et de la Savoie.
— — — — de Bordeaux et de l'Ouest.
Confraternelle des dentistes.
Fédération des Etudiants en chirurgie dentaire.
Groupement fédéral des syndicats dentaires de France.
Groupe des amis des Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique et de l'A. G. S. D. F.
Maison du dentiste.
Union corporative des Etudiants en chirurgie dentaire.
Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris.
— odontologique de France.
— de l'Ecole et du Dispensaire de Lyon.
— odontologique de Lyon.
— amicale des dentistes de Nice.
— odontologique de la Basse-Bourgogne.
— des dentistes du Sud-Ouest.
— — — de l'Aisne
— — — indépendants.
— et syndicat des dentistes de l'Ouest.
Syndicat des chirurgiens-dentistes de France.
— — dentistes du Rhône et de la région.
— — — — Midi.
— dentaire du Nord-Est.

Nous avons reçu des réponses des sociétés suivantes :

Association de l'Ecole odontotechnique.
— française d'hygiène dentaire.

Cercle odontologique de France.
Comité national français d'hygiène dentaire.
Groupe des Amis des Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique et de l'A. G. S. D. F.
Groupement fédéral des syndicats dentaires de France.
Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris.
Société odontologique de France.
— et syndicat des dentistes de l'Ouest.
Syndicats des chirurgiens-dentistes de France.

Les Sociétés sont invitées à envoyer les noms de leurs délégués (un par 50 membres) le plus tôt possible afin qu'ils soient convoqués directement, en vue de cette réunion inter-sociétaire qui aura lieu le dimanche 24 mars à 9 h. du matin, à la Mairie du 9e arrondissement de Paris, rue Drouot, avec un ordre du jour qui pourrait être le suivant :

1° Constitution du Bureau ;

2° Discussion générale ;

3° Protestation contre la création d'une chaire de stomatologie ;

4° Examen de validation de stage (application du décret du 11 janvier 1909) ;

5° Lutte anti-stomatologique ;

6° Ordres du jour proposés par les Sociétés ;

7° Constitution d'une Commission exécutive chargée de la suite à donner aux décisions prises ;

8° Proposition de réunion plénière, s'il y a lieu, avec vote par correspondance ;

9° Propositions diverses.

P.-S. Les sociétés qui n'auraient pas été convoquées sont priées d'en avertir tout de suite le secrétaire général.

Le secrétaire général, HENRI VILLAIN.

*
* *

CONSEIL D'ADMINISTRATION.

Le Conseil d'administration de l'Association s'est réuni le samedi 24 février à 9 heures du soir.

Après lecture et approbation du procès-verbal du 20 janvier et ratification des décisions du Bureau du 23 et du 30 janvier, il a procédé à la constitution de son Bureau ainsi qu'il suit :

Président : M. Blatter.

Vice-présidents : MM. Monnin (Le Mans), Fouques.

Secrétaire général : M. H. Villain.

Secrétaire adjoint : M. Cernéa.

Trésorier : M. Miégeville.

Il a nommé ensuite les membres des commissions :

1° *Commission syndicale :* MM. Cernéa, Dupontreué, Fouques, Rollin, Roy.

2° *Commission de prévoyance :* MM. Bioux, Cernéa, Devoucoux, Lalement, Miégeville;

3° *Conseil de famille :* MM. Bioux, J. d'Argent, Dreyfus, Fouques, Lemerle, Rollin.

Il a complété l'article 8 de la Convention entre l'Ecole et l'Association par l'adjonction d'une clause prévoyant la nommination d'une *Commission exécutive* de 12 membres, à raison de six par Conseil.

MM. Blatter, Cernéa, Fouques, Miégeville, Monnin, H. Villain ont été nommés membres de cette Commission exécutive.

Il a procédé à l'élection de six membres du Comité de rédaction de *L'Odontologie.*

Il a fixé au dimanche matin 24 mars la réunion interprofessionelle des délégués des sociétés dont nous parlons ci-dessus, en arrêtant le projet d'ordre du jour que nous reproduisons.

Enfin il a nommé ses délégués à la F. D. N. et à cette réunion interprofessionnelle.

Le secrétaire général a rappelé les réunions qui ont eu lieu dans le cours de l'année, au sujet du Doctorat en chirurgie dentaire dont il n'a pas parlé dans son rapport, se réservant d'en faire l'objet d'un rapport spécial à une séance ultérieure ou, dans tous les cas, d'aborder la question dans le rapport de l'année prochaine.

Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris.

Conseil d'administration.

Le Conseil d'administration s'est réuni le 24 février à 10 h. 1/4 du soir.

Il a complété l'article 8 de la Convention entre l'Ecole et l'Association par l'adjonction de la clause dont nous parlons ci-dessus et nommé MM. Godon, Lemerle, Bioux, d'Argent, Roy, G. Villain, membres de la Commission exécutive.

Il a nommé également six membres du Comité de rédaction de *L'Odontologie.*

Réunion commune des deux Conseils.

Les deux Conseils d'administration ont tenu une réunion commune le samedi 24 février pour procéder à la désignation des fonctionnaires ou Bureau du journal *L'Odontologie.*

Le Comité de rédaction se trouve ainsi composé maintenant :

Directeur : M. Godon.

Rédacteur en chef : M. Roy.

Secrétaire de la rédaction : M. Dreyfus.

Administrateur-gérant : M. Miégeville.

Membres : MM. Blatter, J. d'Argent, Frey, R. Lemière, L. Lemerle, G. Robin, G. Villain, H. Villain.

HYGIÈNE

COMITÉ NATIONAL FRANÇAIS D'HYGIÈNE DENTAIRE

Changement de siège social : actuellement, 32, rue de Penthièvre. Anciennement, 49, rue de Miromesnil.

Le conseil d'administration du Comité national français d'hygiène dentaire s'est réuni à la mairie du VIIIe arrondissement. Les réunions s'y tiendront désormais, d'une façon régulière, la municipalité ayant mis gracieusement une salle à la disposition du Comité. L'ancien siège social qui était 49, rue de Miromesnil (Société internationale pour l'étude des questions d'assistance) se trouve abandonné par suite de cette disposition, et se trouve transféré par décision du Conseil, chez son président, 32, rue de Penthièvre.

Le Comité adresse un nouvel appel aux bonnes volontés des confrères de province pour l'organisation de la propagande dentaire.

Le Comité pourra prochainement fournir aux adhérents qui en feront la demande des clichés pour projections et un texte de conférence. Des images et des tableaux muraux sont également en voie de publication.

Enfin nous tenons à rappeler à nos confrères les différents buts que se propose d'atteindre le comité, afin que chacun puisse les avoir présents à l'esprit et travailler dans sa sphère à la réalisation des six vœux suivants :

1° *Répandre l'hygiène buccale ;*

2° *Fournir aux écoles et aux casernes des moyens d'enseigner l'hygiène dentaire* (tableaux muraux, conférences, création de services d'inspection semestrielle et de traitement dentaire par des chirurgiens-dentistes ;

3° *Provoquer la création ou l'extension des services dentaires dans l'armée et la marine ;*

4° *Propager les idées d'hygiène dentaire dans les centres industriels, particulièrement dans les industries insalubres* (phosphore, plomb, mercure, sucre) ;

5° *Fournir gratuitement des brosses à dents aux indigents.*

Le secrétaire général,
R. LEMIÈRE.

F. D. I. — Commission d'hygiène (H. C. F. D. I.)

Le Bureau de la Commission d'hygiène et des services dentaires publics de la F. D. I. tiendra avec le président, le secrétaire général et le trésorier de celle-ci, une réunion le 9 avril 1912, à 10 h. du matin, à l'hôtel du Reichstag, à Berlin.

Ordre du jour :

1. Programme de la session de cette année à Stockholm.
2. Procès-verbal de la H. C. F. D. I. à soumettre à la session de Stockholm.
3. Compte rendu sténographique de la session de Stockholm pour les *Archives internationales.*
4. Examen du rôle de la Commission.
5. Appuis à solliciter des hauts protecteurs de la Commission.
6. Statuts de la Commission d'après le projet publié dans le fascicule 3 des *Archives internationales.*

Le président, JESSEN. *Le 1er secrétaire,* ALBIN LENHARDTSON. *Le secrétaire général de la F.D.I.,* SCHÄFFER-STUCKERT.

NÉCROLOGIE

W. Thiersch.

Nous avons le regret d'apprendre la mort, survenue subitement le 11 février, à Bâle, de M. Thiersch, qui avait fait des communications à la Société d'Odontologie et avait collaboré à *L'Odontologie.*

M. Thiersch n'avait que 30 ans.

Nous perdons en lui un praticien de la plus haute valeur : ses travaux de bridge et de rétention dans des bouches ravagées par la pyorrhée ont signalé Thiersch à l'attention de tous.

Tout en s'inspirant des principes préconisés par Bryan, il a su les modifier de façon si originale que les confrères de tous les pays se sont intéressés à ses travaux.

Encore tout récemment, nous avons pu admirer sa valeur dans un article très documenté traitant l'emploi de l'articulateur de Gysi.

Qu'il nous soit permis d'adresser au nom des confrères français un dernier salut à Thiersch, dont le nom restera inscrit à côté de tous ceux qui ont contribué à l'avancement de l'art dentaire.

W. Hirschfeld.

* * *

Mme Lemaire-Challiot, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'avoir le chagrin de perdre son père, M. P.-L. Challiot, à l'âge de 71 ans.

Nous lui exprimons nos vives condoléances.

NOUVELLES

Société Belge d'Odontologie.

La Société Belge d'Odontologie a renouvelé partiellement son Comité dans son assemblée générale du 16 décembre dernier.

A la suite de cette élection, le Comité est composé comme suit :

Président : M. le Dr Georges Fay.
Vice-président : M. Henri de Vlamynck.
Secrétaire : M. Maurice Charlier.
Secrétaire adjoint : M. Raymond Gooris.
Trésorier : M. Walter Fay.
Bibliothécaire : M. Georges Michel.

Exemples à suivre.

Les héritiers de feu Mme Hermann, de Wickrath (Allemagne), ont fait don de 37.500 francs pour soigner gratuitement les dents des enfants.

*
* *

Un anonyme a fait parvenir au département zurichois de l'instruction publique, par l'entremise de M. le professeur Stoppany, un don de 10.000 francs destiné à compléter les installations de l'Ecole dentaire.

Clinique dentaire scolaire.

La 3e clinique dentaire scolaire de Berlin a été ouverte le 28 janvier; elle est parfaitement installée.

Policlinique dentaire de Genève.

La Société odontologique de Genève vient de publier son rapport sur cette institution, pour la période de fin juin 1910 au 1er novembre 1911.

Le service a été assuré par 16 membres de la Société.

Un nouveau directeur, M. Ernest Oltramare, a été nommé pour un an, soit jusqu'au 1er juillet 1912.

Nombre des patients, 2.146; savoir: 534 Genevois, 535 confédérés, 421 Français, 421 Italiens et 415 de nationalités diverses (Russes en majorité).

Chiffre des opérations : 2.145.

L'affluence des malades a nécessité le doublement du service.

Le résultat de la souscription a atteint la somme de 1.504 francs.

A l'École dentaire de Lyon.

La Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Lyon a organisé le mardi 20 février, à l'occasion du passage dans cette ville, de M. Godon, directeur de l'Ecole dentaire de Paris, un banquet amical comprenant des membres du corps enseignant et des administrateurs de l'Ecole.

Cette réunion, pleine de cordialité, présidée par M. Pont, a donné lieu à un échange de paroles chaleureuses à l'adresse des deux écoles et de leurs divers collaborateurs.

Il a été remis à cette occasion, au nom des professeurs, une palme d'officier d'Académie en diamants à M. Ravet et un Nicham Iftikhar en diamants à M. Pont.

32e ANNÉE. N° 5 15 MARS 1912 VOL. XLVII

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'ORTHOPÉDIE DENTAIRE ET SES RAPPORTS AVEC LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Par EMILE HERBST, de Brême.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris.)

L'orthopédie dentaire est une science relativement nouvelle, qui prendra lentement, mais sûrement, suivant toute vraisemblance, la place qui lui est due dans la médecine générale. Mais pour cela il faut non seulement que les chirurgiens-dentistes travaillent cette matière, mais encore que les médecins lui prêtent leur appui dans une large mesure. Et là il ne s'agit pas seulement des rhinologistes et des otologistes, mais aussi des chirurgiens, des médecins infantiles et en particulier des médecins des familles qui suivent les enfants depuis leur naissance.

Je vais essayer d'exposer à grands traits les buts que poursuit l'orthodontie, comme on appelle aussi cette science.

L'orthodontie est la science des anomalies dentaires et de leur traitement. Elle a pour but :

1° L'embellissement du visage, surtout la correction des lignes de profil ;

2° Le développement de la fonction de mastication ;

3° L'amélioration de la parole ;

4° L'établissement de la respiration nasale normale ou du moins améliorée ;

5° L'augmentation de la confiance en soi ;

6° L'introduction d'une fonction masticatoire normale ou suffisante après l'intervention chirurgicale.

En résumé, l'orthodontie a pour but le rétablissement d'une denture normale comme celle de la fig. 1.

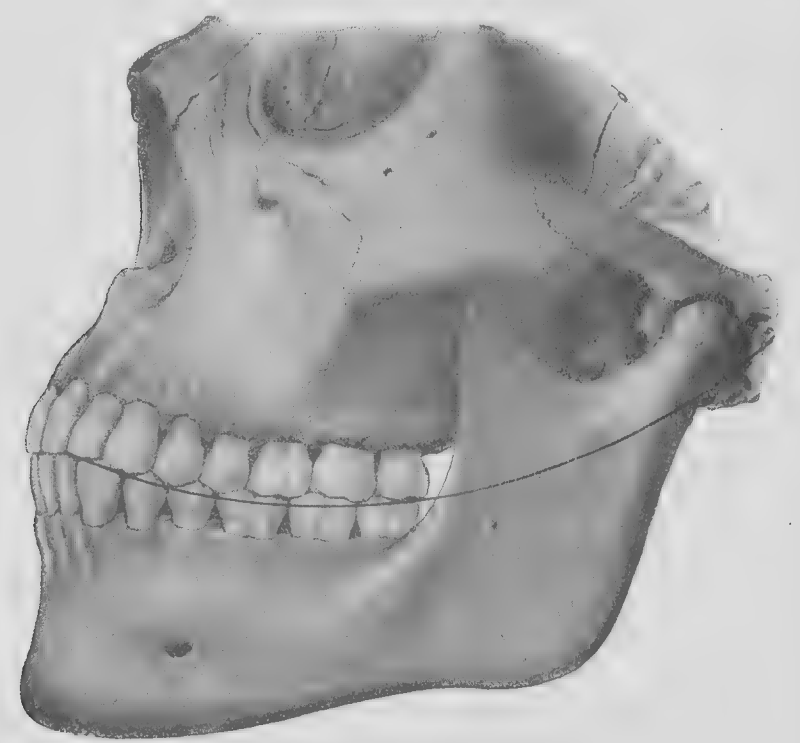


Fig. 1. — Occlusion normale avec la dentition permanente.

On trouvera peut-être qu'il y a peu de chose à dire sur la denture normale, et cela est absolument vrai. Mais il est vrai également — malheureusement — que la plupart des dentistes portent plutôt leur attention sur les défauts de la denture que sur l'ensemble qui permet de tirer des conclusions.

On voit dans cette fig. que les prémolaires inférieures avancent sur les prémolaires supérieures pendant l'occlusion, que les canines inférieures viennent en occlusion en avant des supérieures, les molaires inférieures avec leurs saillies antérieures en avant des molaires supérieures.

Toute disposition s'écartant de celles-ci doit être qualifiée d'anomalie.



Fig. 2 *a*. — Mâchoire supérieure de la race caucasique.

Fig. 2 *b*. — Mâchoire supérieure de nègre.

Les dents antéro-supérieures rencontrent les dents inférieures du côté labial ; mais elles ne doivent pas les toucher sur le bord, ni derrière le bord des dents inférieures. Il arrive même souvent que la lèvre inférieure se glisse entre les deux rangées de dents. Il est clair que de semblables dispositions des dents sont presque impropres pour mordre et saisir les aliments. Mais ce n'est pas seulement la position des deux rangées de dents l'une par rapport à l'autre qui a de l'importance, c'est aussi la forme de l'arcade dentaire.

La fig. 2 a représente une arcade dentaire normale de la race caucasique (chez les nègres cette arcade est plus petite, v. fig 2 b). On voit qu'il y a une place suffisante pour chaque dent et que toute l'arcade présente une rondeur harmonique qui offre un espace suffisant à un large développement du palais et par suite à une formation des sens sans

obstacle. L'espace nécessaire à la langue est largement suffisant.

La forme de l'arcade dentaire caucasique est déterminée mathématiquement. On la calcule d'après la largeur des dents, en s'appuyant sur des résultats statistiques.

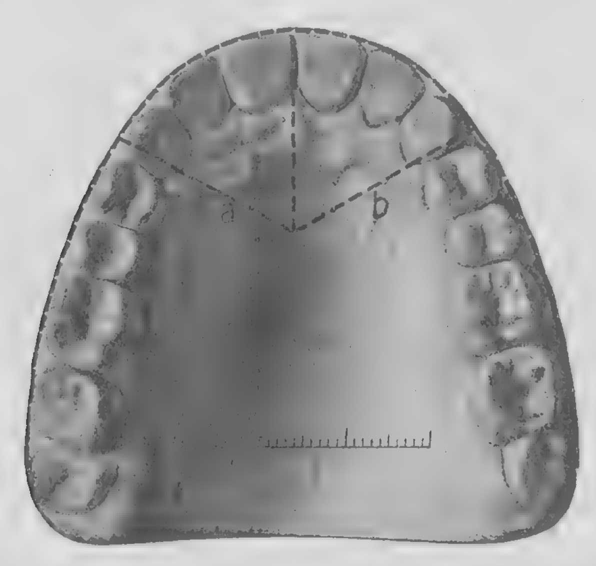


Fig. 3. — Diagramme de l'auteur sur une arcade dentaire supérieure normale.

La fig. 3 représente une arcade dentaire normale avec un diagramme superposé que j'ai imaginé et qui est adopté par diverses Universités allemandes.

La fig. 4 représente la disposition du diagramme pour le maxillaire inférieur.

Toute déviation dans le sens lingual, buccal ou labial constitue une forme d'arcade dentaire s'écartant de la normale.

Comme dernier moyen de diagnostic je citerai aussi l'épreuve donnée par la radiographie.

Les deux fig. 5 et 6 montrent clairement, d'un côté, une canine qui n'a pas fait éruption, et de l'autre une incisive qui ne peut faire éruption, parce que son germe fait défaut.

Quant aux anomalies de position, elles sont légion ;

mais nous pouvons les classer systématiquement et je vais essayer d'en donner un aperçu.

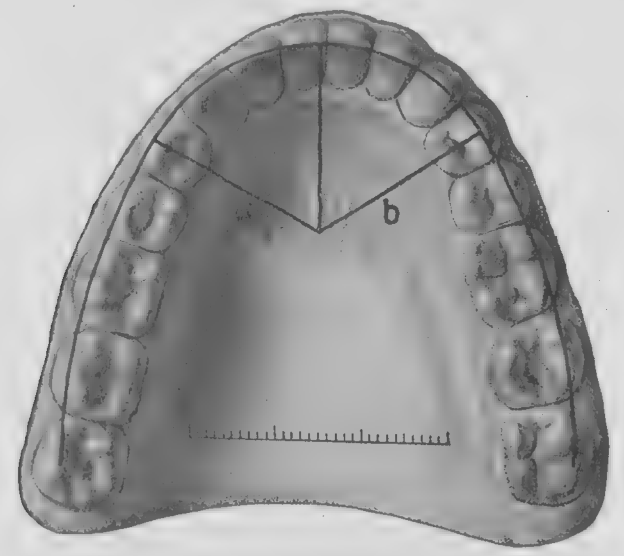
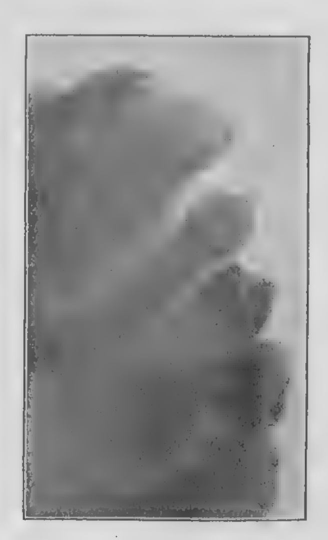


Fig. 4. — Diagramme de l'auteur sur une arcade dentaire inférieure normale.

Nous distinguerons les anomalies primaires et les anomalies secondaires.





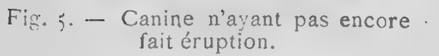


Fig. 5. — Canine n'ayant pas encore fait éruption.

Fig. 6. — Germe de la petite incisive manquant totalement montré par les rayons X.

Les premières sont innées ou acquises pendant l'éruption.

Les secondes sont la conséquence de la destruction d'une arcade dentaire par accident, opération ou extraction.

Cette division sert de base à une classification des anomalies que j'ai adoptée après des années de recherches. Je puis classer toutes les anomalies dans ce système, mais je dois dire qu'indépendamment de ce système, ceux d'Angle, de Villain, de Carabelli-Iszlay ont beaucoup de partisans. Les divers systèmes partent de différentes idées fondamentales ; mais leur examen nous entraînerait trop loin.

Les anomalies primaires innées se réfèrent pour la plupart au maxillaire intermédiaire insuffisamment développé, à des fissures du maxillaire supérieur ou du maxillaire inférieur, à des fissures latérales, etc.

Il est clair qu'avec des anomalies du maxillaire de ce genre une position normale des dents ne saurait se développer.

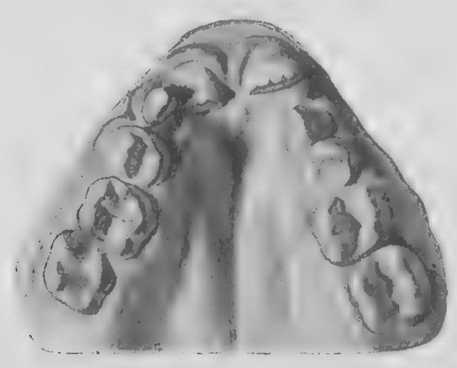


Fig. 7. — Os inter-maxillaire complètement mobile.

La fig. 7 montre un maxillaire intermédiaire, la fig. 8 un maxillaire inférieur peu développé, et la fig. 9, une anomalie très rare : une hémi-hypertrophie du maxillaire supérieur droit et des dents de celui-ci (observ. de Clerc, de Bordeaux, chez un enfant).

Les anomalies survenues pendant l'éruption des dents de lait ou des dents permanentes sont bien plus nombreuses et bien plus importantes pour l'orthodontie.

La fig. 10 représente le diastème, grand intervalle entre les incisives moyennes. Cette anomalie cause souvent des

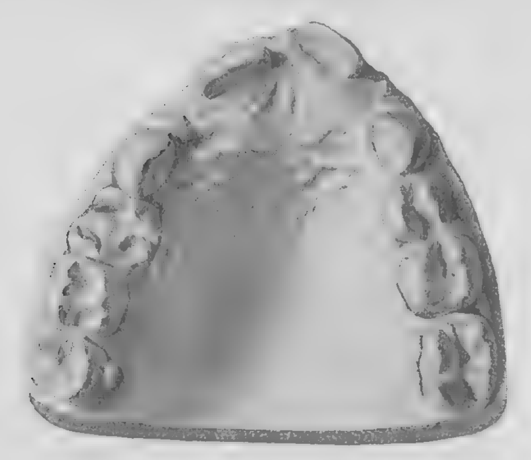


Fig. 8. — Os inter-maxillaire peu développé.

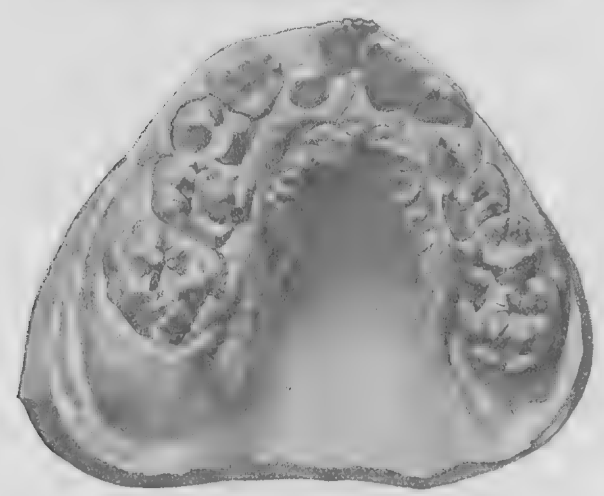


Fig. 9. — Hémi-hypertrophie du maxillaire supérieur droit.



Fig. 10. — Diastème.

troubles de la parole, notamment le sifflement des sons.

La fig. 11 représente l'éruption d'une incisive moyenne du côté palatal.

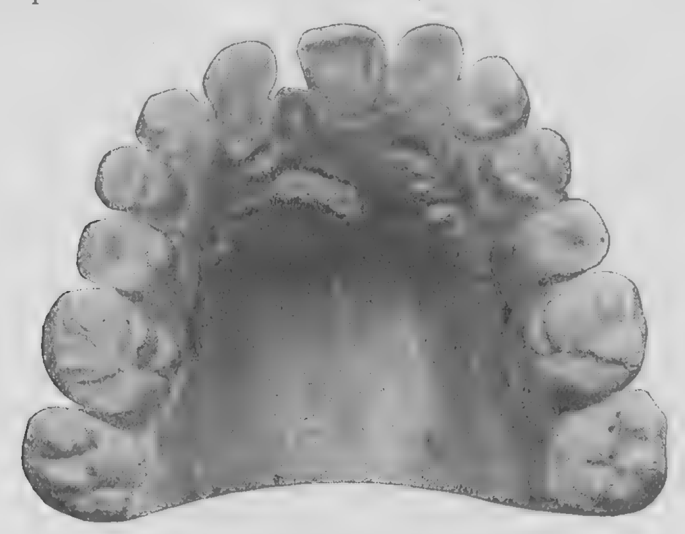


Fig. 11. — Eruption vers le côté lingual.

La fig. 12, un maxillaire très étroit avec des dents antérieures refoulées en avant, qui soulèvent parfois la lèvre

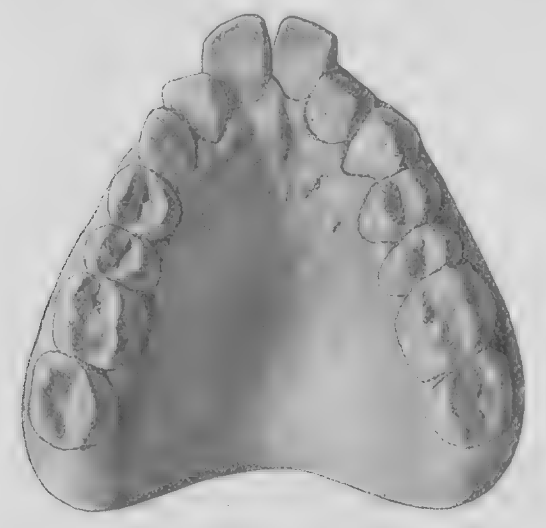


Fig. 12. — Incisive dirigée en avant.

supérieure et peuvent causer au patient beaucoup d'incommodités. Dans le cas présent il était impossible à la patiente

de se brosser le devant des incisives moyennes, de sorte qu'il s'y développa une large carie.

La fig. 13 montre une anomalie d'articulation : les prémolaires du maxillaire inférieur engrènent, non pas devant, mais derrière celles du maxillaire supérieur. Il en résulte que les dents antéro-supérieures ne peuvent plus décrire un arc passant sur l'arcade dentaire inférieure ; elles sont en avant de la lèvre supérieure et débordent sur celle-ci. Cette anomalie va souvent de pair avec un rétrécissement des conduits du nez et des végétations adénoïdes ; elle est souvent une conséquence du suçage du pouce.

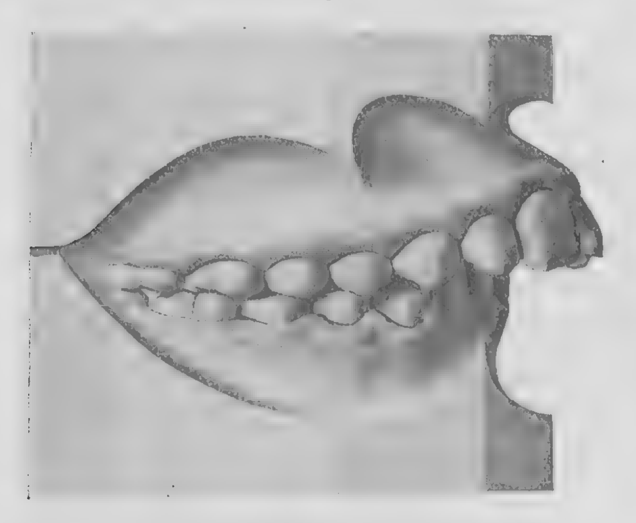


Fig. 13. — Prognathisme de la lèvre supérieure.

La fig. 14 représente une anomalie dans laquelle les molaires inférieures sont de même en arrière d'une largeur de dent, les incisives latérales se sont placées sur la lèvre inférieure, tandis que les dents moyennes se sont placées contre les incisives inférieures.

La fig. 15 montre que les dents antéro-inférieures sont souvent placées trop loin. Les enfants porteurs de cette anomalie ont souvent de grosses amygdales.

La fig. 16 représente une denture de travers, tandis que la fig. 17 montre une béance qui est la plupart du temps la conséquence d'une respiration nasale complètement

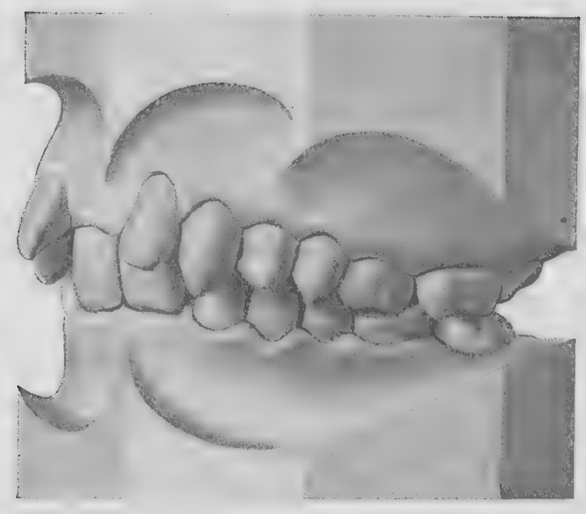


Fig. 14. — Les incisives supérieures mordent sur la gencive en avant des inférieures.



Fig. 15. — Prognathisme consécutif à l'hypertrophie des amygdales.

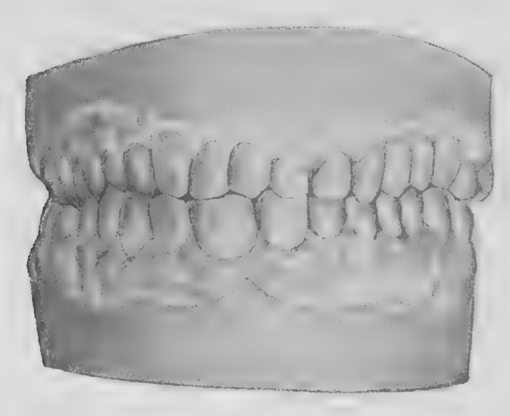


Fig. 16. — Articulation transversale.

insuffisante et qui est accompagnée d'une élévation du palais.

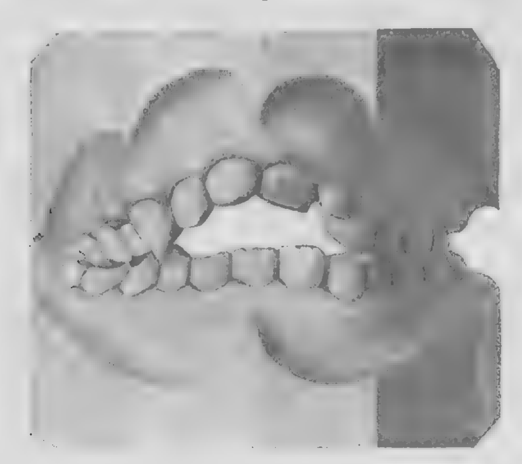


Fig. 17. — Béance avec voûte palatine élevée et adénoïdes.

Les anomalies secondaires sont d'une tout autre nature. La plupart du temps elles sont la conséquence d'extractions. Le vide résultant d'une extraction commence à se combler. L'antagoniste se développe dans ce vide, les dents voisines le remplissent si c'est possible et il en résulte dans toute la denture un mouvement susceptible, en cas de conditions défavorables, de gâter considérablement la position des dents.

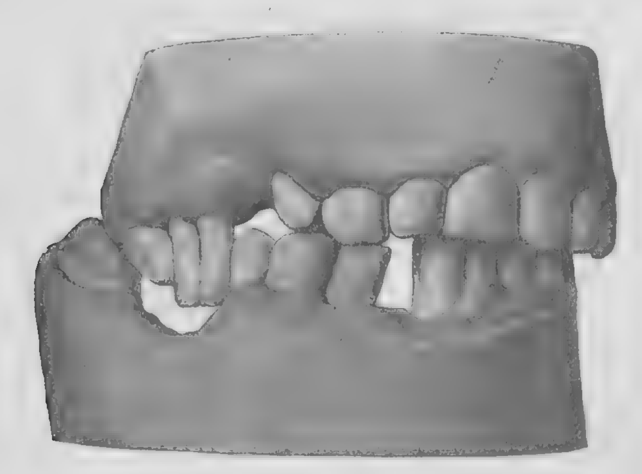


Fig. 18. — Conséquences de l'extraction : croissance en dessous et refoulement des dents.

La fig. 18 montre nettement ce cas. La molaire supé-

rieure est descendue profondément, les prémolaires inférieures se sont élevées, et entre la canine et la petite incisive du maxillaire inférieur il s'est formé un intervalle appréciable.

Nous voyons presque journellement ces anomalies. Pour éviter ces changements dans la position des dents, le seul remède, c'est la prothèse employée à temps.

Nous arrivons maintenant à la grosse question de l'étiologie. Je vais laisser de côté les anomalies innées et passer immédiatement aux causes qui amènent dans une position anormale la dent qui fait éruption. La dent en éruption trouve dans la cavité buccale ses guides qui la conduisent à sa place exacte, ou, si la conduite ne se fait pas normalement, à sa fausse place ; c'est avant tout la langue qui pousse la dent vers le dehors, c'est-à-dire vers la lèvre et vers la joue ; d'autre part, les lèvres et les joues veillent à ce qu'une pression naturelle en sens contraire soit opposée à cette pression de la langue.

La pression des tissus, la croissance des racines, du procès alvéolaire et du maxillaire, repoussent la dent dans la cavité buccale, tandis que la pression de la mastication, c'est-à-dire de l'antagoniste, s'oppose à une éruption trop étendue de la dent. Or, comme la pression de la langue, des joues et des lèvres ne peut se produire uniformément du dehors et du dedans que la bouche fermée, nous rencontrons presque toujours des anomalies chez les enfants qui dorment la bouche ouverte et n'ont, par suite, pas de respiration nasale.

Après l'acte masticatoire l'arcade inférieure est appliquée, d'après Metzger et Donders, sur l'arcade supérieure et la langue remplit tout l'espace intérieur. Le maxillaire inférieur étant accolé au supérieur est porté alors par la pression atmosphérique, ce qui est cause souvent d'un petit intervalle entre le palais osseux et la langue : l'espace de succion de Donders (fig. 19).

Les forces naturelles qui amènent la dent à sa place normale sont donc : la pression des tissus, la pression de la

mastication, la pression atmosphérique. Quand ces trois forces agissent normalement, se font équilibre en quelque sorte, nous pouvons compter sur une position normale des dents.

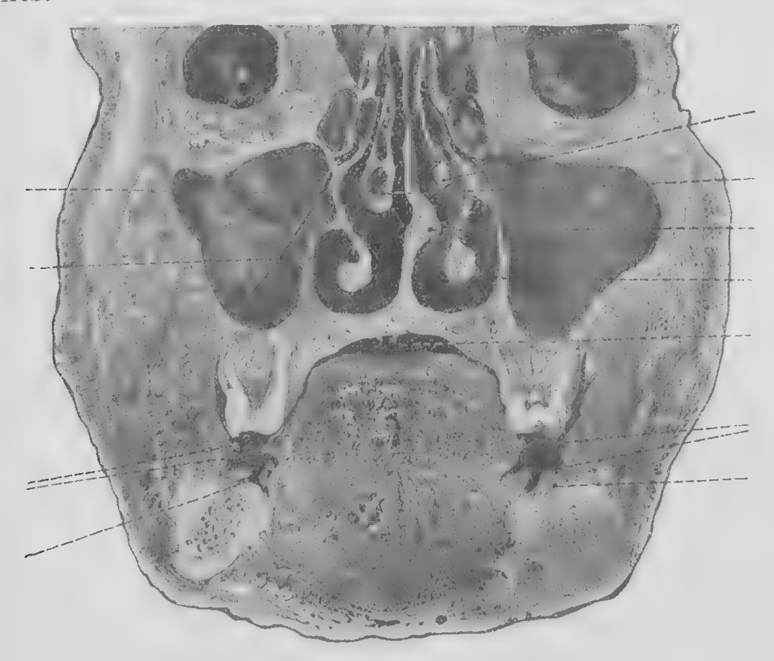


Fig. 19. — Section d'un crâne congelé. D. Espace de succion Donders. A. Cavités de la muqueuse en cas d'absence de dents consécutives à l'adhérence.

Dans la fig. 19 nous voyons comment la langue remplit l'intérieur de la bouche, nous voyons l'espace de Donders et les conséquences de l'adhérence après perte de dents. L'espace vide résultant de l'extraction de molaires au maxillaire inférieur est rempli si possible par les tissus durs ou mous de la cavité buccale. On aperçoit notamment à la langue et à la joue de petites protubérances A A, qui pénètrent dans le vide. Dans celui-ci la pression atmosphérique est négative, de sorte qu'il y a une certaine force de succion qui représente 2 mm. de mercure, d'après Donders.

Cette théorie explique bien des phénomènes qui se passent dans la cavité buccale, par exemple la formation de petits polypes gingivaux dans la cavité de dents, la forma-

tion de petites cavités dentaires, surtout à la muqueuse des joues, de petites pointes à la langue qui se glisse dans l'espace entre deux dents, etc.

Si les forces naturelles n'agissent pas normalement, on rencontre dans la plupart des cas des anomalies de position.


Fig. 20 *a*. — Succur de pouceur.


Fig. 20 *b*. — Après traitement.

En cas de troubles de croissance la pression des tissus ne se produit pas complètement, les dents sont retenues dans le maxillaire, le procès alvéolaire ne conserve pas la dimension nécessaire pour la grosseur et la largeur des dents ; la vue de l'enfant éveille cette idée que ses dents sont trop grosses pour son maxillaire, de sorte qu'on croit qu'il tient de son père ces grosses dents et de sa mère ces petits maxillaires, théorie fortement combattue.

Si la pression de la mastication n'a pas son complet développement, par exemple si, à cause de dents douloureuses, la mastication est insuffisante, les dents sortent trop de leurs alvéoles et nous obtenons des dents longues en apparence ou plutôt un procès alvéolaire trop développé dans le sens vertical.



Fig. 21 *a*. — Sujets mordant la lèvre inférieure avant traitement.



Fig. 21 *b*. — Les mêmes après traitement.

Enfin si la pression atmosphérique n'a pas sa fonction normale, par exemple s'il s'agit d'un sujet respirant par la bouche, qui par sténose nasale ou des adénoïdes est contraint de recourir, pour s'aider, à la respiration buccale ou ne respire que par la bouche, la langue se place dans l'arcade dentaire inférieure, tandis que l'arcade dentaire supérieure perd son appui normal intérieur, que la pression des joues sert de guide latéral aux dents du maxillaire supérieur et nous obtenons un maxillaire supérieur trop

peu développé, avec cette conséquence que les dents antéro-supérieures sont forcées de se placer dans une arcade pointue et d'émigrer sur le devant, nous obtenons le prognathisme des individus qui respirent par la bouche (fig. 12 et 13).

Nous voyons ainsi que des états morbides qui ne se rencontrent pas dans la cavité buccale ou dans la denture peuvent être la cause d'anomalies de position notables.

Mais les forces naturelles qui agissent anormalement ne sont pas les seules causes des anomalies, il y a aussi les mauvaises habitudes des enfants.

Le procès alvéolaire mou et spongieux cède dans l'enfance, à la plus légère pression ; si celle-ci dure longtemps, il change de forme, c'est-à-dire se développe dans une fausse direction. Le suçage du pouce en est une des causes les plus connues, le suçage de plusieurs doigts, l'introduction d'objets dans la bouche, l'avancement du maxillaire inférieur, le placement de la langue entre les dents antérieures, l'aspiration des joues et souvent la morsure de la lèvre inférieure. Toutes ces mauvaises habitudes peuvent entraîner des anomalies.



Fig. 22. — Respiration buccale.

La fig. 20 (a et b) montre l'aspect typique d'un suceur de pouce avant et après traitement.

La fig. 21 représente un sujet mordant sa lèvre inférieure, *a* avant et *b* après le traitement ; la fig. 22 un sujet respirant par la bouche, dont la position anormale des dents

est presque la même avec les deux fig. précédentes ; mais les causes sont différentes.



Fig. 23. — Masques.
avant traitement. après

Nous voyons également sur des masques de visage (fig. 23) les conséquences d'une mauvaise respiration nasale, d'une mauvaise habitude, ainsi que les résultats du redressement.

Arrivons au traitement des anomalies, qui comprend le traitement prophylactique et le traitement de la denture. Le premier est plutôt du ressort du médecin que du dentiste. Tout d'abord il faut surveiller la bouche de l'enfant de bonne heure pour s'assurer s'il se montre ou se développe une anomalie des dents de lait et en rechercher les causes. S'il s'agit du suçage, faire perdre cette habitude à l'enfant, mais seulement à la fin de la deuxième année, autrement c'est peine perdue. Le suçage, à mon avis, favorise l'éruption, règle l'afflux salivaire et aide l'enfant à s'endormir.

Les anomalies qui se sont développées jusqu'à ce moment, et même plus tard, se reproduisent rapidement après la disparition de la cause, ainsi que cela a été montré au dernier congrès de la Société allemande d'orthodontie par Frank, de Rotterdam. Si l'enfant mastique mal, il faut examiner les dents du côté malade et les traiter. Si l'enfant est en retard dans sa croissance, une alimentation bien contrôlée rend de grands services. Si l'on s'aperçoit que l'enfant dort la bouche ouverte, examiner s'il n'y a pas sténose nasale. L'ablation des végétations adénoïdes s'opère avec succès de bonne heure.

Les anomalies peuvent être traitées avec succès la 4e ou la 5e année. J'estime que la 7e ou la 8e année sont les plus convenables, car en raison de l'élasticité du procès alvéolaire on obtient les meilleurs résultats à cet âge.

Quant au traitement lui-même, on distingue : le traitement chirurgical, le traitement orthopédique.

(A suivre.)

REVUE ANALYTIQUE

La suture dans les fractures de la mâchoire inférieure.

M. Tailhefer (de Béziers) communique au XXIVe Congrès de l'Association française de chirurgie trois observations intéressantes de suture du maxillaire inférieur pour fractures fermées et ouvertes. Il a obtenu trois guérisons complètes avec récupération de la forme et de la fonction normales. Il conclut que la suture au fil de bronze aluminium, passé avec un foret monté sur le trépan de Doyen et ramené de la face interne vers la face externe de l'os au moyen d'une aiguille à grande courbure, est le traitement de choix des fractures fermées et ouvertes complètes avec chevauchement de la mâchoire inférieure.

Calcul de la glande sous-maxillaire diagnostiqué par la radiographie.

Un homme d'une quarantaine d'années se plaignait depuis plusieurs années de souffrir de la partie inférieure du maxillaire inférieur droit. Le mal revenait de temps à autre sous la forme de crises douloureuses de la région sous-maxillaire et rien ne permettait de poser le diagnostic d'une telle affection, lorsque M. Ratera (*Rev. di med. y Cir. practicas*, n° 1186) eut l'idée de soumettre le sujet à la radiographie. Cette épreuve donna la clef des accidents observés : il existait deux calculs très nets dans la glande sous-maxillaire.

Le traitement consista dans l'extirpation de cette glande et, peu de temps après, le malade était complètement guéri.

L'auteur insiste sur les renseignements obtenus par la radiographie dans un cas où l'exploration au stylet du canal salivaire ne pouvait donner aucun résultat positif, les calculs étant à l'intérieur même du tissu glandulaire.

(*Bull. méd.*)

La langue noire pileuse.

Le champignon isolé par M. F. Guéguen et décrit par lui sous le nom *d'Oospora lingualis* comme parasite de la langue noire pileuse a été retrouvé depuis par M. Thaon, qui ne l'a cultivé qu'en mélange avec le *Cryptococcus linguæ pilosæ*. M. Guéguen fait connaître deux observations nouvelles de cette oosporose et décrit le tour de main dont l'emploi permet de l'isoler avec facilité.

La carotte étant le milieu le moins défavorable à l'oospora, on la choisit pour l'ensemencement direct, par stries successives, avec une papille. Au bout de cinq jours, la proportion relative de l'oospora y est devenue beaucoup plus élevée que dans le milieu naturel. On prélève une trace de culture dans le centre des stries les plus maigres et on la répartit dans un tube de gélatine liquéfiée, dont on fait ensuite une série de dilutions destinées à garnir des boîtes de Pétri. On observe d'abord le développement de colonies de levures, puis, vers le sixième jour, apparaît l'oospora, sous forme de nombreux points blancs très peu visibles, qui ne s'accroissent qu'à peine avec le temps.

La langue noire étant une affection gênante et très rebelle, il serait intéressant de reprendre l'essai de traitement préconisé par l'auteur (bleu de méthylène et iodures alcalins).

(C. R. S. Biologie, p. 752.)

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Couronne à face de porcelaine. — La racine préparée, on fait un ruban comme à l'ordinaire, on meule et l'on ajoute une face comme pour une couronne Richmond. On aplatit au marteau à une extrémité le fil métallique et on l'entaille pour correspondre avec les crampons de la face afin que la portion aplatie passe entre elles et s'applique à plat contre la face. On ajuste l'autre extrémité au canal de façon que la face et les chevilles engagées dans les entailles s'ajustent exactement contre le ruban labialement et soient en ligne avec les autres dents. On enlève alors la face de la bouche et l'on entoure d'une masse de cire amollie la base et l'arrière de la face. Puis, avec l'extrémité basale de la cire amollie de nouveau à la flamme, on met en place sur la racine. Le ruban laissé sur la racine est enlevé, la face et la cire intactes, et mis en place en passant un instrument chaud autour du bord extérieur pour fondre la cire. Enlever la cire en excès, chauffer légèrement, remettre sur la racine pour ajustage final, ensuite enlever soigneusement de la bouche et avec un morceau de cire chauffée et fixée à la face, la retirer de la cire, mettre des pointes de charbon dans les trous des crampons, investir et couler. La face peut être fixée à l'arrière par un des deux moyens. Si l'arrière est assez épais pour recouvrir dans toute sa longueur la cheville, la face peut être fixée de la manière suivante. Avec un foret percer deux ou trois trous plus grands que la dimension des chevilles, chasser les pointes de charbon, en faisant ainsi des trous plus grands que les chevilles pour disposer une sorte de tête faite à l'extrémité des chevilles au moyen de pinces. Remplir les trous de ciment et mettre en place avec l'arrière de la face couvert de ciment. *(Dental Review.)*

Augmentation de l'action anesthésique des anesthésiques. — Une combinaison du chlorure de l'anesthésique choisi avec une solution de bicarbonate de soude agit plus activement que le chlorure seul, sans qu'il y ait à craindre d'affaiblissement de l'effet de la suprarénine. *(New York Med. Journ.)*

Nausée post-anesthésique. — Graham rapporte 30 cas de nausées après l'anesthésie à l'éther dans lesquels l'huile d'olive a été administrée avec succès par la voie buccale après reprise partielle de connaissance. Chez un seul patient il fut observé des nausées après son

emploi. Quand celles-ci avaient déjà commencé, elles furent arrêtées immédiatement par l'administration de l'huile. *(Month. Cyclop. and Med. Bull.)*

Réparation des racines de bicuspides. — Les racines de bicuspides supérieures sont souvent sacrifiées, quoique, avec un peu de temps et quelques efforts il soit possible de les utiliser comme fondations pour des couronnes solides et utilisables. Ces racines, qu'on extrait souvent, sont désinfectées, obturées et taillées de façon que des petites coiffes d'or puissent y être adaptées et dans chaque cas une cheville de platine iridié est soudé comme pour une couronne Richmond. On enlève ces coiffes avec les chevilles, avec les empreintes et on les monte sur un modèle de matière d'investissement, de façon à pouvoir souder au-dessus des extrémités un ovale de platine du n° 28 ou 30 de la jauge. De cette façon, on peut obtenir la fondation d'une couronne.

Le reste de la couronne se fait en ajustant une face de dimensions et de couleur convenables pour correspondre avec les autres dents, et après l'avoir revêtu d'or à 24 carats n° 40 de la jauge, on fait à la cire un cuspide interne pour articuler convenablement avec les dents inférieures, et l'on investit le modèle dans un anneau à coulage. Après avoir coulé de l'or à 18 ou 20 carats sur l'arrière et avoir poli, on obtient une couronne solide, au lieu d'un bridge, qui aurait été nécessaire si les racines avaient été extraites. *(Dental Summary.)*

Pour donner au caoutchouc rose l'aspect naturel, imbiber un morceau de coton d'acide sulfurique et en frotter le caoutchouc rose jusqu'à ce qu'il noircisse. Laver soigneusement pour enlever toutes traces d'acide et le caoutchouc imitera à la perfection la couleur de la gencive.

On peut aussi laisser le dentier dans un vase plein d'alcool méthylique et l'exposer à la lumière solaire. Le caoutchouc devient de plus en plus pâle, suivant la durée de l'exposition et la vivacité de la lumière. On enlève le dentier quand on a obtenu la teinte voulue. *(Chem. and Druggist.)*

Durcissement des obturations à l'amalgame. — Chasser l'excès de mercure qui est à la surface par une forte pression avec un instrument à face large, puis presser la surface avec une peau de chamois ou une serviette. Chauffer un morceau de gutta un peu plus gros que la surface d'obturation exposée au point de le faire éclater et le tenir contre la surface de l'obturation avec un instrument large. La gutta absorbe le mercure. Répéter cela tant que la gutta retire du mercure, 10 ou 15 fois : l'obturation est alors si dure qu'on peut la façonner et la polir immédiatement.

Les obturations ainsi traitées conservent leur couleur et leur forme et une plus grande solidité de bords que s'il y a excès de mercure. *(Dent. Cosm.)*

Faces de porcelaine amovibles. — Cuire la face à la manière ordinaire. Télescoper ensuite des tubes de platine sur les chevilles. Re-

monter en cire ensemble l'arrière, la face et les tubes en place sur la coiffe ou le pont. Enlever la face de porcelaine, introduire dans les tubes des pointes de crayon de plombagine. Enduire d'un investissement le côté de l'arrière voisin de la porcelaine pour maintenir les pointes en place. Investir et souder la pièce. Enlever l'investissement et cimenter la face en place, puis finir à la manière ordinaire. *(Dent. Cosm.)*

Adaptation d'arrières d'or aux dents de porcelaine pour souder exactement. — Employer pour l'arrière de l'or pur n° 35 de la jauge, recuire. Forer les trous dans l'arrière en mettant un morceau de la plaque d'or sur une surface unie de cire dure ou de liège fin, enfoncer les crampons dans les tubes avec le pouce. Façonner les bords et limer pour conformer à la dimension de la porcelaine.

Pour pousser la plaque d'or à la base des crampons se servir de manière à assurer une jointure exacte, on emploie un instrument en forme de crayon percé aux deux extrémités d'un trou de dimension suffisante pour s'adapter aux chevilles. Faire tourner l'instrument à mesure qu'on exerce de la pression sur le métal, tourner et estamper un petit collier d'or autour de la base des crampons. Couper les chevilles avec des ciseaux, au lieu de les courber.

Estamper l'arrière à la surface de la porcelaine. *(Dent. Cosm.)*

Moyen d'obtenir une feuille de cire d'une forme convenable pour servir de plaque-base pour un modèle de plaque en or à couler. — Fondre la cire dans une petite cupule de façon que la profondeur de la cire soit de 8 mm. Remplir d'eau froide un petit flacon rond et bien le savonner à l'extérieur. L'épaisseur de la cire dépend du nombre de fois qu'on plonge la fiole dans la cire. Plonger rapidement chaque fois après avoir obtenu l'épaisseur voulue, enlever la cire du fond du flacon et promener un couteau chaud au travers de la cire tout le long de ce flacon, alors la cire s'en ira très facilement. En chauffant dans l'eau chaude on peut adapter à tout modèle taillé, enlever et couler comme un inlay ou une couronne. Le coulage de la plaque, qui convient particulièrement pour les pièces inférieures partielles, a pour but d'éviter la confection de poinçons de métal, très difficile dans certains cas et dont l'estampage est même très dur en raison du tassement de l'or. Le coulage de la plaque évite tout cela et celle-ci s'ajuste parfaitement à tout modèle.

Jointure parfaite de la couronne Logan. — Après avoir ajusté approximativement la couronne à la racine, enlever le bout d'un bâton de cire à inlay ; après chauffage léger, enfoncer le crampon de la couronne dans le centre de la cire et mettre la couronne en place, retirer plusieurs fois s'il est nécessaire d'enlever la cire en excès, enlever la couronne avec la cire de la racine, introduire un fil métallique à la partie la plus épaisse de la cire, entre la racine et la couronne, investir et couler avec de l'or comme pour un inlay. Si l'adaptation est juste la jointure est parfaite.

On peut agir de même avec une couronne à crampon amovible. *(Dent. Summary.)*

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 5 décembre 1911.

Présidence de M. Heidé.

La séance est ouverte à 9 h. 1/4.

M. le président. — Nous avons l'honneur d'avoir parmi nous ce soir un distingué chirurgien le D[r] Etchepareborda, de Buenos-Ayres.

Nous sommes heureux de lui souhaiter la bienvenue.

I. — Correspondance.

M. le secrétaire général. — M. Jeay devait nous faire une communication ce soir. J'ai reçu de lui une lettre dans laquelle il nous prie de l'excuser de ne pouvoir venir. (Il en donne lecture.)

J'ai reçu d'autre part une lettre de la Société Odontologique de France. (Il en donne lecture.)

M. le président. — J'ai été en correspondance avec le D[r] Herbst, de Brême. C'est un orthodontiste connu. Je l'ai invité au nom de la Société d'Odontologie à venir nous faire une communication et à nous présenter ses appareils. Il est, vous le savez, inventeur de plusieurs appareils. Il nous a remerciés de l'honneur que nous lui avons fait et a dit que c'est avec beaucoup de plaisir qu'il se rendrait à notre invitation. Il pense pouvoir venir à la fin de janvier ou commencement de février.

II. — Nomination d'un président honoraire.

M. le président. — A la dernière séance, le secrétaire général de l'Ecole dentaire a pris, vous vous en souvenez, une heureuse initiative: il a proposé de nommer notre président sortant, M. Godon, président honoraire, en reconnaissance des immenses services qu'il a rendus à notre Société et à l'art dentaire.

M. Villain a demandé la remise de la nomination à un mois, c'est-à-dire à ce soir.

En conférant ce titre honorifique à M. Godon, vous rendez en effet hommage à un homme dont le labeur inlassable et fécond fut tout entier consacré aux progrès de notre art et vous ne ferez que suivre l'exemple des hommes éminents qui l'ont appelé à la présidence hono-

raire de la Fédération dentaire internationale et ont ainsi consacré sa réputation mondiale.

M. Godon sera le digne successeur (voir l'*Annuaire* de l'Association des Dentistes de France, années 1887, 1888, 1889, 1890), de Poinsot et Lecaudey, que la mort nous a ravis et auxquels nous devons, je crois, à cette occasion, accorder un souvenir ému et reconnaissant.

M. Godon, et ce n'est pas là un de ses moindres titres de gloire, sut grouper autour de lui des hommes de grande valeur, dévoués à la science et particulièrement à l'art dentaire et à notre école, et grâce auxquels il parvint à attirer sur cette école l'attention des pouvoirs publics.

Puis, aucun de vous ne l'ignore : au moment de la discussion de la loi de 1892 réglementant l'art dentaire en France, nul mieux que Godon ne sut mener le bon combat et prendre la défense des intérêts des dentistes.

C'est une vive satisfaction qui nous est donnée d'avoir à reconnaître en cette circonstance solennelle d'aussi multiples mérites, et je crois obéir aux désirs de cette assemblée en disant combien nous sommes heureux et fiers de voir notre ancien président accepter la marque de haute estime et d'affection que chacun de nous a à cœur de lui témoigner en l'acclamant comme président honoraire.

Je mets donc aux voix la proposition de M. Blatter de nommer M. Godon, président honoraire de la Société d'Odontologie.

Adopté à l'unanimité.

III. — *a*) Technique de la porcelaine coulée (procédé Welden); *b*) Impressions de voyage aux Etats-Unis, par M. Etchepareborda.

M. le Président. — J'ai le plaisir, mes chers confrères, de vous présenter M. Etchepareborda, de Buenos-Ayres, un des premiers élèves étrangers de la première heure de l'Ecole dentaire de Paris. Je parle de 1881.

Après avoir terminé les études médicales à sa ville natale, il voulait compléter les études dentaires à Paris, ce qu'il fit si bien qu'il sortit premier de sa promotion et reçut la médaille d'or.

Par sa droiture et sa franchise, il a su conquérir la sympathie de tous ceux avec qui il a été en rapport.

Reparti pour sa patrie, il y a vulgarisé les idées françaises et tout en entretenant une correspondance suivie avec ses anciens professeurs, ses amis, M. Etchepareborda est revenu plusieurs fois à Paris et il n'a jamais manqué de nous apporter le fruit de son travail et de ses études scientifiques. Chaque fois, il est venu faire des communications et des démonstrations à notre Société.

Dans son pays, il jouit de l'estime générale. Il possède le plus important cabinet de Buenos-Ayres. A la Faculté de médecine, il a fait adopter les cours dentaires, instituer une chaire d'Odontologie dont il a été nommé le titulaire. Il est également le fondateur de l'Ecole dentaire de Buenos-Ayres, attachée à la faculté.

M. Etchepareborda fait partie du Conseil supérieur de médecine de son pays et vous pensez qu'il ne manque pas de prendre les intérêts de ses confrères. *(Applaudissements.)*

(A ce moment, M. Godon entre en séance.)

Avant que je donne la parole à M. Etchepareborda, permettez-moi d'annoncer à M. Godon que la Société d'Odontologie lui a conféré le titre de président d'honneur. Cela vient d'être proclamé à l'unanimité et je suis très heureux, mon cher confrère, de vous féliciter à cette occasion. *(Applaudissements.)*

M. Godon. — Je remercie, mes collègues de la Société d'Odontologie, de l'honneur qu'ils veulent bien me faire et je leur en exprime tous mes remerciements *(Applaudissements).*

M. Etchepareborda donne lecture de la communication, qui a été publiée dans *L'Odontologie* du 15 décembre dernier sous le titre *Impressions de voyage.*

DISCUSSION.

M. Godon. — Je veux insister sur l'excellente conférence que vient de nous faire M. Etchepareborda à propos de son voyage aux Etats-Unis. Je dois dire que, comme préliminaire de ce voyage aux Etats-Unis, il est venu assister à Londres à la réunion de la Fédération dentaire internationale et au Congrès de la British Dental Association. Après ces séances de notre Fédération et du Congrès anglais, il est allé faire un petit tour en Amérique. Vous voyez qu'il nous a rapporté des choses intéressantes à nombre de points de vue. Il est bon que nous ayons l'œil fixé sur ce que font nos confrères américains. Vous avez vu qu'ils sont nombreux ; nombreuses aussi sont les écoles, nombreux sont leurs personnels enseignants et parmi ceux-ci nombreuse aussi est l'élite des professeurs réputés et des habiles praticiens.

Je suis heureux de l'avoir entendu nous faire cette étude à tous égards.

Au point de vue de l'enseignement, il nous a parlé des deux principales écoles de Chicago, celle de Black et celle de Brophy. Ce sont là des écoles importantes, puisqu'elles comptent plus de trois cents élèves.

L'Ecole de Brophy, en dehors de la notoriété de son Directeur, possède le professeur Johnson, l'auteur d'un ouvrage remarquable dont notre collègue Robin a fait en son temps la traduction.

On nous a parlé de l'importance donnée dans toutes ces écoles à l'enseignement technique.

Or nous avons vu dernièrement certains de nos élèves réclamer contre un carnet de travaux pratiques, demandant une centaine d'opérations, et je crois que M. Etchepareborda vient de nous parler de 1200 points représentant un nombre par conséquent bien plus considérable que celui que nous demandons ici, et encore on sait que l'Ecole dentaire de Paris est exigente, ou du moins passe pour être exigente.

Eh bien véritablement il y a lieu de mettre ces résultats sous les yeux de nos collègues, de nos professeurs et de nos élèves pour leur dire que si les dentistes américains ont obtenu cette réputation d'habileté et de technique, c'est que leurs professeurs sont imbus de la nécessité de la développer et qu'ils imposent dans leurs écoles — ce que leurs élèves acceptent — de nombreux exercices pour développer cette habileté technique.

On vous parle de 1200 points pour la technique, ce qui représente un nombre considérable d'opérations. Si vous suivez ces élèves devenus des praticiens, vous voyez à quelle minutie extraordinaire ils arrivent. Nous avons vu dans des réunions de diplômés de ces Ecoles un membre nous présenter douze instruments pour préparer, dans les cavités, la cire destinée aux inlays : il y en avait de toutes les formes et M. Etchepareborda confirme cela, vous le voyez, puisqu'il nous apporte ici une méthode et des appareils pour fondre la cire à une température toujours égale pour les inlays. Ne voyez pas dans ces précautions des minuties exagérées : c'est par ces minuties qu'on arrive effectivement à acquérir la grande habileté nécessaire à l'exercice de notre profession. Ce que je tenais à signaler tout spécialement, c'est le rapport de cet enseignement avec les résultats qu'il produit dans la pratique.

Cela n'a pas lieu de nous inquiéter, car nous avons des écoles bien organisées, nous sommes capables de faire la même chose, mais il est bon que nous jetions les yeux constamment sur ce qui se fait à l'étranger pour voir de quelle façon on évolue.

Je voudrais reprendre plusieurs points pour les souligner, non seulement à propos de ce que M. Etchepareborda a dit ici, mais au sujet de ce que j'ai appris par des conversations avec lui. Il a parlé de l'importance donnée aux travaux de porcelaine et notamment de la porcelaine coulée pour faire des appareils de prothèse sans armature métallique intérieure, puisqu'on arrive à obtenir des porcelaines assez résistantes pour se dispenser d'utiliser ces armatures métalliques.

Les modifications apportées aux appareils utilisés pour les divisions palatines sont très intéressantes à retenir. D'après la nouvelle

méthode on ne fait plus d'appareils avec charnières à voiles mobiles : on comble la cavité avec des appareils en vulcanite dure et on obtient des résultats bien supérieurs à ceux que nous obtenions jusqu'ici avec des appareils compliqués. Ce n'est pas à vrai dire un progrès dû aux Américains, cela a été signalé également en France, en Europe. On en a parlé en Amérique, Case a suivi sur cette question le progrès accompli.

Je félicite le voyageur infatigable qu'est M. Etchepareborda qui vient de Buenos-Ayres pour assister à nos réunions et qui va retourner au mois d'avril faire à sa faculté de médecine de Buenos-Ayres des conférences à ses élèves sur la dentisterie et probablement leur faire part de ses impressions aux Etats-Unis et en Europe. J'espère que celles qu'il aura recueillies à l'Ecole dentaire de Paris seront également bonnes et intéressantes pour ses élèves.

Dans tous les cas, il leur fera part de l'accueil très cordial et de la sympathie qu'il a retrouvés ici parmi nous. *(Applaudissements.)*

M. Etchepareborda. — Je remercie M. Godon de ses très aimables paroles.

J'ai regretté de ne pas avoir apporté les appareils de M. Taggart. Ces appareils ne sont pas encore en vente.

M. Amoëdo. — L'exemple de M. Etchepareborda est à suivre et je suis le premier à l'applaudir. M. Etchepareborda est le directeur d'une section d'Odontologie à l'Université de Buenos-Ayres et il a la responsabilité d'une centaine d'élèves. Vous voyez que, malgré la distance, il ne craint pas de venir en Europe, non seulement pour nous y faire des conférences très applaudies, mais aussi pour visiter toutes nos écoles. Il va ensuite aux Etats-Unis où il fait une très intéressante étude dont il nous rapporte les fruits.

Il se fit inscrire comme élève à la « Post Graduate School of Dentistry » de Philadelphie dirigée par Jarman, dont il a suivi les cours et les leçons avec assiduité. Il a fait personnellement les travaux à pont et de porcelaine comme un élève quelconque de cette école, et tout cela a été fait, je le répète, par le directeur d'une des Ecoles Dentaires les plus importantes de l'Amérique du Sud. Cet exemple est à suivre.

Je suis très content des éloges que j'ai entendu prodiguer aux Ecoles de Chicago, entre autres au Chicago Dental College et à la Northwestern Dental University. Je ne les connais pas personnellement, mais par les relations que j'ai pu lire à leur sujet, par les livres de leurs éminents professeurs, j'ai une très haute opinion de ces Ecoles. C'est ainsi que j'y ai envoyé mon fils, il a passé une année à l'Ecole de Brophy et actuellement il se trouve à l'Ecole de Black, après avoir fini ses études à l'Ecole dentaire de Paris.

M. Etchepareborda n'est pas non plus un admirateur platonique

de ces Ecoles, car il a envoyé aussi son fils suivre leurs cours ; il est actuellement et depuis 2 ans au Chicago Dental College. Il est docteur en médecine. C'est un garçon très intelligent, très érudit en médecine. Maintenant il s'applique à acquérir la technique odontologique et il n'y a pas à douter qu'il ne soit le digne successeur de son père, comme M. Etchepareborda a été d'ailleurs le digne successeur de son père.

M. Etchepareborda a oublié un point très caractéristique des Ecoles américaines, ce point m'a été confirmé par mon fils qui m'a dit : « Un jour le professeur Black a passé une heure de leçon à nous parler uniquement d'affaires, à nous dire comment il fallait fixer les honoraires des clients, comment il fallait établir ces honoraires pour faire en sorte que les patients vous respectent ». Ce sont là des choses qui nous paraissent extra-scientifiques, exagérées ; cependant la vie est telle que nous ne pouvons pas travailler pour l'amour de l'art, il faut nécessairement que nous vivions des honoraires rémunérant notre travail, il faut donc que nous fixions ces honoraires d'une façon équitable.

Au point de vue des élèves, je signalerai encore qu'à la Northwester Dental University, tous les ans, les élèves ont des réunions et la plupart d'entre eux font des démonstrations. C'est curieux de voir ces jeunes gens faire des démonstrations rien que pour les points de contact de deux dents, par exemple, au sujet de restaurations, de couronnes en or. Ici, si l'on annonçait une communication simplement intitulée : points de contact, on ne manquerait certes pas de se moquer de ceux qui feraient une telle communication ou s'aventureraient à l'écrire.

Or ces petits détails sont de la plus grande importance.

Au sujet des silicates, par exemple, et de la manière de les employer, il y a eu, il y a deux ans, une réunion à l'occasion de laquelle 150 communications ne traitant que des silicates ont été présentées.

Il est intéressant de voir que ce sont les élèves qui font de ces cliniques et font des démonstrations pratiques.

Je vois au programme de la prochaine réunion que M. Robin va nous présenter des travaux faits par les élèves de l'Ecole dentaire de Paris. Je le crois pour ma part dans la bonne voie et je pense que l'année prochaine ce ne seront pas les travaux déjà exécutés dans le cours de l'année qui nous seront présentés, mais que les élèves seront invités à les exécuter devant nous. Il est bon effectivement qu'ils soient initiés à pouvoir se présenter en public.

Je me résume en remerciant M. Etchepareborda de l'apport qu'il nous a fait ce soir, de la quantité de détails dont il nous a fait grâce et je lui souhaite de continuer encore longtemps la direction de son Ecole à Buenos-Ayres. (*Applaudissements.*)

M. Etchepareborda. — M. Amoëdo a parlé de mon fils qui se trouve actuellement à Chicago. Je ne sais pas s'il a bien compris ce que j'ai dit au sujet des écoles dentaires américaines, lorsque j'ai commencé mon rapport, parce que c'est à peu près un rapport.

Je n'ai pas envoyé mon fils à Chicago avec l'idée qu'il aura ainsi une instruction supérieure à celle que j'ai eue moi-même à l'Ecole dentaire de Paris. Comme j'ai eu beaucoup de peine à apprendre l'anglais, j'ai pensé qu'on apprend beaucoup mieux l'anglais dans le pays où on le parle et c'est une des principales raisons qui m'a fait envoyer mon fils à Chicago, non seulement pour y recevoir une instruction odontologique, mais pour qu'il apprenne l'anglais, parce qu'il connaît le français bien mieux que moi, ce qui lui sera très utile pour la pratique de sa vie. Je crois que mon fils fera comme moi, qu'il deviendra un des élèves de l'Ecole dentaire de Paris. *(Applaudissements.)*

M. le président. — Après ce que viennent de dire MM. Godon et Amoëdo je n'ai rien à ajouter, si ce n'est que M. Etchepareborda nous a tenus sous le charme de sa parole ; il nous a fait connaître des méthodes et des procédés nouveaux très utiles, nous lui sommes très reconnaissants et je l'en remercie au nom de la Société d'Odontologie comme au mien.

IV. — L'EXTIRPATION DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE ET DU CANAL DE WHARTON POUR CALCUL SALIVAIRE INTRA-GLANDULAIRE, PAR M. GERNEZ.

M. Gernez donne lecture d'un travail sur ce sujet (sera publié).

(L'orateur, au cours de sa communication, fait au tableau noir diverses démonstrations, il montre des photographies et des pièces anatomiques à l'assemblée. La fin de sa communication est couverte d'applaudissements).

DISCUSSION.

M. Frey. — M. Gernez vient de nous faire une leçon clinique tout à fait élégante et complète sur les calculs salivaires et les complications qui peuvent se présenter.

Pour mon propre compte, j'ai eu l'occasion de voir en clientèle sur le même patient deux manifestations inflammatoires et douloureuses de calculs salivaires à 15 ans de distance. Dans ce long intervalle et depuis le dernier accès (4 ans) la glande sous-maxillaire a toujours fonctionné normalement.

M. Roy. — Je suis très heureux de la communication que vient de nous faire M. Gernez, elle me rappelle un cas que j'ai eu l'occasion de voir à la Pitié et qui se rapproche beaucoup de son cas. Il s'agissait d'un homme d'une quarantaine d'années qui m'avait été envoyé

par un confrère à ma consultation de la Pitié pour des accidents phlegmoneux dont il ignorait la nature.

Ce malade avait un embonpoint assez marqué et la bouche en assez mauvais état. Lorsque je l'examinai, je ne constatai d'abord rien de très particulier. Le confrère qui m'avait adressé ce patient ne me donnait pas de détail. Il me signalait simplement un phlegmon dans la bouche.

Le malade questionné m'expliqua que le pus venait du côté du plancher de la bouche. J'examinai cette région et je vis qu'en effet, d'une façon non pas continue, mais par instant, quelques gouttes de pus sortant du canal de Vharton. Je fis immédiatement le cathétérisme de ce canal qui se trouvait du reste un peu dilaté et, d'une façon très nette, je sentis un calcul à 4 ou 5 centimètres de profondeur. Je voulus essayer de le sortir par la voie naturelle, si la chose était possible. Avec anesthésie locale je dilatai le canal de Wharton et j'essayai d'arriver à ce calcul en passant des instruments par derrière pour le détacher et le saisir ensuite avec une pince.

Je pus arriver à le saisir avec la pince, mais je ne détachai que des fragments. Je fis des lavages pendant un certain temps de façon à voir si ce calcul ne finirait pas par s'éliminer, mais rien ne bougea. La glande sous maxillaire ne diminuait pas de volume elle était prise en masse et les phénomènes de suppuration par le canal de Wharton ne disparaissaient pas. Je me décidai à faire enlever la glande sous maxillaire, car il me paraissait bien que le calcul était enchatonné absolument dans la glande. D'accord avec M. Fredet assistant de M. Arrou à la Pitié, l'ablation de la glande fut décidée, ce qui fut assez laborieux, parce que par suite de l'inflammation de la glande, celle-ci avait de nombreuses adhérences, elle n'était libre qu'en bas et son énucléation fut beaucoup plus difficile que dans le cas opéré par M. Gernez. La dissection en fut laborieuse. La glande enlevée était très volumineuse, environ la moitié plus grosse que celle de M. Gernez, elle était absolument farcie de calculs, non pas aussi gros et volumineux que celui trouvé par M. Gernez, mais il y en avait un très grand nombre. La glande présentait une dégénérescence très marquée.

L'opération eût des suites tout à fait normales et le malade a été guéri de façon parfaite, il n'a plus eu aucune espèce d'accident.

Au sujet de la remarque faite par M. Frey. J'ai eu dans ma clientèle un cas qui vient à l'appui de celui qu'il cite : il s'agit d'un Monsieur qui a eu autrefois un calcul qui est sorti par le canal de Wharton. Il y a des années que son calcul a été expulsé et sa glande fonctionne, d'une façon normale.

Je félicite en particulier M. Gernez du procédé très élégant qu'il a employé. Il y avait évidemment un gros intérêt à ce que son inter-

vention soit aussi restreinte que possible. Il y a avantage dans toutes les opérations que l'on fait dans le voisinage de la face à limiter l'étendue des cicatrices. Le procédé opératoire employé par M. Gernez nous intéresse, nous dentistes, qui pouvons avoir besoin de faire ou de faire faire des interventions du côté du cou, ces opérations doivent être faites d'une façon aussi esthétique que possible en plaçant les cicatrices dans les plis du cou, et sous le bord inférieur de la mâchoire. C'est ainsi que je procède lorsque j'ai à ouvrir un adénophlegmon sous-maxillaire et l'on arrive ainsi à avoir des cicatrices très peu visibles, même dans les cas où il ne peut y avoir réunion par première intention.

Je félicite M. Gernez du succès qu'il a obtenu dans la circonstance. *(Applaudissements.)*

M. Jolivet. — Je voudrais demander à mon excellent maître son avis sur un cas que j'ai observé en clientèle. Une jeune fille vint se présenter chez moi souffrant de toute la demi-partie de son maxillaire et exactement à l'endroit de sa glande salivaire. J'examinai la bouche et je me trouvai en face d'une bouche très saine de ce côté, absence complète de carie, un peu de rougeur au débouché du canal salivaire, pas de dent de sagesse en évolution. J'ai recherché alors au niveau de la branche montante, pas de trismus du côté de la peau. J'ai pensé, cette jeune fille étant un peu faible, fatiguée, pâle, à demander au médecin de la famille s'il n'y avait pas de tuberculose.

M. Gernez. — On ne peut pas répondre quand on n'a pas la possibilité d'examiner la patiente.

M. Godon. — La très intéressante communication de M. Gernez me rappelle un cas assez curieux. Une personne de ma famille, à la suite d'un nettoyage et de l'ablation du tartre, rentre le soir pour dîner et tout à coup au moment du repas elle a la joue gonflée, et cela apparaît comme une sorte de phlegmon. Cette grosseur augmente pendant le repas. Très effrayée, cette personne me signale son cas, je regarde les dents, il n'y avait pas de dent qui puisse être accusée de ces phénomènes. Il y avait un peu de douleur à la mastication. Pendant la soirée cela diminua, le lendemain matin c'était parti. Mais au moment du déjeuner, cela reparu avec douleurs.

La fluxion a disparu dans la journée. J'ai supposé que c'était un débris de tartre qui avait été projeté dans le canal de Wharton et qui avait provoqué une rétention de salive pendant une journée.

M. Etchepareborda. — Je vous demande pardon de revenir sur ce sujet. C'est à propos du cas signalé par M. Godon. Justement les quelques paroles qui ont été dites m'ont rappelé un cas assez intéressant. Il s'agit d'une jeune fille qui au moment du déjeuner éprouva tout à coup une grande douleur. Quelques moments après une grande inflammation s'était déclarée. C'était la fille d'un médecin que je con-

nais à Buenos-Ayres. J'examinai cette personne et je remarquai l'absence d'une petite molaire. L'inflammation était dans le plancher de la bouche.

Cette jeune fille était très gravement malade, nous pensions à une angine de Ludwig, et même je voulais intervenir. Cette personne se rétablit cependant quelques jours après. C'est alors que j'eus l'idée que la cause de ces accidents pouvait être la dent absente. Je fis faire une radiographie et justement on trouva une dent incluse.

Il y a à peu près cinq ans qu'ont eu lieu ces accidents graves, ils ne se sont pas reproduits depuis. J'ai conseillé au père de cette jeune fille de lui faire enlever cette dent, il n'a pas donné suite à mon conseil, et pourtant les accidents ne se sont pas reproduits.

M. Frey. — Je demande la parole à propos de l'observation que nous a faite notre jeune confrère M. Jolivet. Elle me semble assez intéressante. Il est certain que dans le cas particulier il ne s'agissait en rien de quelque chose concernant la glande sous-maxillaire ou le canal de Wharton. Il y a eu des phénomènes inflammatoires. Cette personne n'a pas sa dent de sagesse.

Je conseille une radiographie qui permettra de savoir si les accidents ne sont pas dus soit à une dent de sagesse incluse, soit à une dent surnuméraire.

M. Gernez. — Je vous demanderai la permission de vous amener un malade. Il présente un cas d'ankylose double des mâchoires. C'est un enfant de 11 ans qui a eu ces accidents en suite de fièvre typhoïde. Je lui ai réséqué les deux condyles de la mâchoire dans la même séance, sous anesthésie générale. J'essaierai de vous le présenter pour vous le montrer au point de vue des dents. Je crois que cela vous intéressera peut-être. Il a tous ses mouvements. Si je ne pouvais pas l'amener un soir, je le prierais de passer pour qu'on prenne son empreinte.

M. le président. — Nous prenons acte de votre aimable promesse.

Il nous arrive très rarement d'abserver des calculs salivaires développés dans le corps de la glande. Nous sommes donc doublement heureux que M. Gernez ait bien voulu venir nous faire la communication de ce cas tout particulier, et je l'en remercie bien vivement.

V. — *a*) Compte rendu du Congrès tenu a Hambourg par la Société allemande d'Orthodontie ; *b*) Présentation d'un dispositif pour remplir, dans les conditions voulues de stérilisation, les seringues a injecter les médicaments, par M. Raoul L. Heidé.

M. Raoul Heidé donne lecture de sa communication, qui est très applaudie.

DISCUSSION.

M. Frey. — Nous ne pouvons guère faire de critiques puisque les auteurs ne sont pas ici : nous ne pouvons que féliciter notre jeune confrère de nous avoir tenu au courant de ce qui se dit à l'étranger.

M. Godon. — Je crois que notre président est un peu embarrassé pour adresser au jeune auteur de la communication, son fils, les félicitations qu'il mérite, je demande donc la parole pour remplir cette mission comme étant son prédécesseur au fauteuil.

M. Raoul L. Heidé fait ses premières armes. Déjà l'année dernière il a assisté au Congrès de Francfort des orthodontistes et il nous en a rendu compte.

Nous devons nous féliciter d'avoir un collègue sachant assez bien l'allemand et ne craignant pas de se déplacer pour nous tenir au courant de ce qui se fait en Allemagne. Il y a dans ce pays des confrères nombreux qui font des travaux intéressants et vraiment nous ne devons pas négliger de les suivre. Il y a en Allemagne des réunions importantes qui se tiennent souvent plusieurs fois dans l'année, il est bon d'avoir des confrères qui veulent bien aller suivre les travaux qui s'y font pour nous en rendre compte ensuite.

A ce titre-là nous devrions déjà féliciter notre jeune confrère Heidé, nous le félicitons doublement puisqu'il suit la trace de son père qui a déjà, il y a 25 ans, rempli pour nous une mission semblable en allant à Brême apprendre la méthode d'aurification d'Herbst. Donc je vous demande la permission, quoique n'étant plus président de la Société d'Odontologie, de me faire l'interprète de celle-ci pour remercier et féliciter notre jeune confrère M. Raoul Heidé et lui dire de continuer (*applaudissements*).

M. le président. — Je remercie M. Godon des paroles très élogieuses qu'il a prononcées en faveur de mon fils et je désire simplement ajouter un mot.

Lorsque je vois qu'à l'étranger il existe des sociétés de spécialistes orthodontistes, j'éprouve le regret de constater que chez nous elles n'existent pas et je forme des vœux pour que les jeunes orthodontistes d'ici ne tardent pas à fonder la Société des orthodontistes parisiens.

VI. — INCIDENTS DE LA PRATIQUE JOURNALIÈRE.

M. Georges Villian. — Je profite de la rubrique pour vous parler d'un accident de pratique journalière. J'élargissais l'autre jour les canaux d'une prémolaire inférieure lorsque tout à coup mon angle droit coinça. Vous savez que dans ce cas l'angle tourne soit à l'extrémité du câble, soit au niveau même de la formation de l'angle par desserrage d'un des pas de vis qui constituent la monture. Le temps d'arrêter fut insuffisant pour empêcher mon beutelrock, qui était com-

plètement engagé dans le canal, de tourner; la pointe de l'instrument se fractura et fut projetée dans la bouche de ma malade. C'est là un accident qui peut nous arriver journellement. Il n'a pas eu de conséquences graves dans le cas particulier; mais vous pouvez voir les diverses conséquences d'un pareil accident : blessure des muqueuses gingivales ou buccales, de la langue, projection de l'instrument dans l'arrière-gorge et sa disparition dans les voies digestives ou, ce qui serait plus grave, dans les voies respiratoires.

Je parlais de cet incident à M. Roy qui me dit : j'ai déjà pensé à cela et pour ma part j'agis de la façon suivante : lorsque j'emploie des petits beutelrocks à tête (forets de Kerr), j'attache simplement mon foret avec un petit fil de soie assez long, de sorte que si l'instrument glisse, on peut facilement le retirer.

J'avoue que c'est là une précaution que nous devrions prendre, à laquelle sans doute la plupart d'entre nous n'ont pas pensé.

Dans un cas semblable au mien, on ne peut pas attacher la tête parce que le beutelrock est monté sur le tour. Il faudrait rechercher un moyen donnant plus de sécurité. De tous ces petits incidents et accidents, il peut se dégager pour nous une instruction et une morale et nous devons chercher les moyens d'y remédier ou plutôt de les éviter. C'est pour cela que je vous ai signalé ce petit accident aujourd'hui.

M. Amoëdo. — Je voudrais dire un mot à propos de la cassure et du coinçage des instruments de la pièce à main.

J'ai justement pensé à cela, car avec les tours à cable et à duplex la machine grippait toujours.

A ce sujet, je préfère beaucoup la machine Doriot, à corde. Je mets un anneau en caoutchouc aux poulies, de sorte que lorsqu'il y a un coinçage de la pièce à main, le caoutchouc se coupe et la corde continue à marcher toute seule, et on évite ainsi l'accident qui est arrivé à notre confrère Villain.

M. Georges Villain. — Un coinçage même très léger suffit à le provoquer.

M. Godon. — Je veux ajouter un mot à ce que vient de dire M. Amoëdo sur les avantages du tour à corde de Doriot.

J'étais dès le début très partisan des tours à câbles flexibles car il me semblait qu'au point de vue de la force ils avaient cet avantage que celle-ci était plus facilement transmise par le câble qui est directement fixé sur le moteur. Je pensais que cela valait beaucoup mieux. J'ai eu un des premiers ces tours à câble, mais depuis un certain nombre d'années, lorsque j'ai changé de domicile, j'ai pris le tour à corde et j'ai dans mon cabinet et dans d'autres cabinets des tours à câble et d'autres à corde, mais véritablement j'aime mieux le tour à corde, les accidents résultant du tortillement du câble qui se produit certaines fois

soit dans le câble, soit dans le duplex étant la cause de certains accidents. On peut fracturer des dents, on peut blesser la muqueuse et ce sont là des choses qu'on ne peut pas toujours prévoir. Vous n'avez pas ces inconvénients-là avec un tour à corde.

De plus, avec le tour à corde, le mouvement est beaucoup plus doux. Vous n'avez pas de trépidations ; lorsque le câble est un peu vieux, le ressort un peu défait, vous avez avec le tour à câble des trépidations qui n'existent pas avec la corde. Cette dernière a quelques inconvénients, elle casse parfois, pas très souvent cependant.

Je tenais à dire cela parce que je crois que c'est une chose qui a sa place dans les communications diverses : c'est un petit conseil qu'on peut donner utilement à ceux qui s'installent.

La séance est levée à onze heures et demie.

Le secrétaire général,
R. Lemière.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

A PROPOS DE L'ENSEIGNEMENT STOMATOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nous avons publié dans notre dernier numéro la protestation de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris et de l'A. G. S. D. F. contre la création d'une chaire de stomatologie.

Nous extrayons de la Gazette des hôpitaux *(29 février 1912) l'article ci-dessous de notre collaborateur M. Frey, qu'il nous paraît intéressant de reproduire au moment où cette question est à l'ordre du jour.*

La réforme des études médicales prévoit pour la Faculté de Paris (je ne parle que de celle-là et non de nos Facultés de province) un enseignement de la stomatologie destiné aux étudiants en médecine de quatrième ou cinquième année.

Mais sera-t-il aussi réservé aux étudiants dentistes ?

Autrement dit, la Faculté va-t-elle créer une chaire de stomatologie pour donner aux uns l'enseignement spécial *rudimentaire* indispensable à tout médecin, aux autres l'enseignement *complet* indispensable au spécialiste ?

La question est d'importance ; car si la Faculté trouve dans les services hospitaliers de l'Assistance publique et dans ses laboratoires les éléments d'un enseignement à tous les degrés pour l'ophtalmologie et la laryngologie, il n'en n'est pas de même pour la stomatologie.

Cette dernière comporte sans doute des interventions que tout étudiant, quel qu'il soit, peut apprendre à pratiquer dans les cliniques de l'Assistance, mais il en est d'autres nombreuses et délicates (prothèse de cabinet, prothèse de laboratoire, incrustations d'or, de porcelaine) qui ne sont pas d'ordre hospitalier et réclament un long apprentissage dans les écoles professionnelles spéciales.

S'il ne s'agit que de faire connaître les **rudiments d'une spécialité** au futur médecin, *la chaire est absolument inutile.* Un enseignement rudimentaire ne comporte pas la création d'une chaire. Les cliniques des hôpitaux, les écoles existantes — beaucoup ont déjà fait leurs preuves et depuis longtemps — peuvent largement suffire aux exigences théoriques et techniques de cet enseignement, dont l'organisation me paraît répondre à une formule simple. Elle a déjà été en partie réalisée par l'Ecole de Lyon et le Val-de-Grâce.

S'il s'agit au contraire de l'**enseignement complet**, le problème mérite un examen approfondi. D'une façon générale, toute chaire d'une

Faculté de médecine repose comme base d'enseignement sur deux éléments fondamentaux : l'un technique, l'autre scientifique.

Elle ne doit être ni exclusivement professionnelle ni exclusivement scientifique, elle doit être à la fois l'un et l'autre, graduant ce double enseignement suivant la qualité de l'étudiant auquel elle s'adresse, ainsi qu'il est pratiqué dans les chaires de cliniques médicale, chirurgicale, ophtalmologique et obstétricale.

Dans l'enseignement de la stomatologie, la technique et la théorie doivent marcher également de pair.

Pour donner l'enseignement technique complet, la Faculté disposera-t-elle des crédits nécessaires ? J'en doute. Il me suffit de rappeler qu'à l'Université de Berlin où cet enseignement existe, les dépenses annuelles (d'après les indications du professeur Dieck lui-même) s'élèvent à 181.250 francs. Sur cette somme, les malades, qui tous sont payants, fournissent 83.125 francs. Le reste est donné par l'Etat. Je ne vois pas notre Faculté entrant dans la voie d'une gestion financière et fixant des tarifs souvent élevés, comme ceux de Berlin et d'autres Universités allemandes.

L'enseignement scientifique, donné par la chaire de stomatologie, serait complété par les chaires d'anatomie, d'histologie, d'anatomie pathologique, etc. ; mais serait-il alors suffisamment adapté aux étudiants dentistes, auxquels il s'adresserait ? Cet enseignement existe du reste, dans les écoles ; il y est fait en grande partie par des agrégés de la Faculté.

D'après ce qui précède, il semblerait qu'en dehors de l'organisation simple d'un enseignement élémentaire pour les étudiants en médecine, la Faculté ne puisse rien pour la stomatologie et les étudiants dentistes. Je ne dis pas cela ; car la stomatologie, par ses cliniques hospitalières, par ses écoles, n'est pas arrivée à la perfection pédagogique. Elle aurait besoin d'une intervention supérieure. Il y a dans l'élément technique et dans l'élément scientifique de l'enseignement privé, tel qu'il existe actuellement, des défauts auxquels notre Faculté peut remédier ; enfin les recherches originales sont isolées et manquent de la haute direction qu'elle pourrait également leur donner.

Sans doute, au point de vue scientifique, l'enseignement des écoles est suffisant ; mais, en raison du milieu professionnel où il est donné, il pousse peu aux travaux personnels et ne leur offre que des moyens de laboratoire tout à fait restreints. Ces travaux, quand il s'en manifeste, manquent de souffle; nulle part à Paris je ne vois encore l'effort scientifique coordonné, régularisé — *l'effort groupé* qui fait école.

Au point de vue technique, au contraire, le progrès est général et constant, car nous sommes sortis de la période d'empirisme et de virtuosité exclusive, nos méthodes sont devenues rationnelles. Je

n'émets qu'une seule critique : les professeurs sont dévoués autant qu'instruits et habiles, mais ce qui fait défaut dans leur enseignement, c'est une discipline supérieure basée sur une critique large et impartiale des diverses techniques ; ils exposent leurs procédés de choix et leur enseignement s'en ressent — il est quelque peu particulariste.

Que pourra donc la Faculté contre cet isolement de la recherche scientifique et contre ce particularisme technique ? Ici j'entrevois pour elle un rôle bien intéressant, dont voici l'exposé rapide :

Elle nomme un chargé de cours, lui confie *en un cours dit supérieur* — cours hebdomadaire seulement, mais qui durera toute l'année scolaire — la mise au point des grandes questions de la stomatologie : carie, pyorrhées, malpositions, stomatites, etc. ; elle lui ouvre un *laboratoire* où il peut grouper tous les chercheurs et les diriger. C'est ce laboratoire qui alimente le cours.

Pour la technique, le chargé de cours, avec quatre ou cinq confrères délégués par les différentes écoles, forme un *comité directeur.* Ce conseil élabore pour ces écoles les programmes détaillés et précis de l'enseignement théorique, des procédés techniques, *et il en contrôle l'exécution.*

De la sorte, la Faculté de Paris tient la haute main sur l'évolution de la stomatologie et sur son enseignement. Elle profite des institutions existantes, mais leur donne le relief de sa direction supérieure.

Dégagée de l'encombrement scolaire, elle reste la tutrice et la directrice qu'elle doit être.

Peu lui importent les luttes d'écoles concurrentes ! Cette concurrence est une chose excellente en soi ; la Faculté se contente de la surveiller, de la canaliser vers un idéal toujours plus élevé.

La combinaison que je propose possède les avantages sans présenter les inconvénients des diverses institutions odonto-stomatologiques de l'étranger. C'est la libre et loyale concurrence des écoles anglaises et américaines ; mais sous la haute direction scientifique et technique et sous le contrôle de la Faculté, le particularisme dont elles souffrent, elles aussi, n'est plus à craindre.

C'est le grand essor scientifique, comme en Allemagne, grâce au cours supérieur et grâce à son laboratoire ; c'est le groupement discipliné de tous les chercheurs, mais sans aucune des énormes charges matérielles, sans aucun des détails administratifs fastidieux qui incombent aux Universités allemandes.

En résumé : pour les étudiants en médecine, enseignement rudimentaire et formule tout à fait simple ; pour les étudiants dentistes formule un peu plus complexe, mais facile à réaliser à Paris avec les éléments existants : un chargé de cours, un cours, un laboratoire, un

comité directeur pour l'enseignement théorique et pratique dans les écoles — minimum de dépenses, maximum de rendement.

Dr LÉON FREY,
Ancien interne, dentiste des hôpitaux.

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

A la suite de l'ordonnance de référé dont nous avons parlé et que nous avons publiée, l'administrateur judiciaire nommé par le président du tribunal civil a, conformément aux pouvoirs qui lui avaient été conférés par cette ordonnance et conformément aux statuts de la F. D. N., convoqué à un mois de date pour le 30 janvier 1912, à l'Hôtel des sociétés savantes, siège social de la F. D. N., une assemblée générale extraordinaire de celle-ci.

L'ordre du jour était le suivant :

1° Nomination d'un comité exécutif ;

2° Délibération sur les propositions émanant des bureaux des Sociétés.

L'assemblée fut ouverte à 9 heures du soir par l'administrateur judiciaire et sous sa présidence.

43 délégués étaient présents.

En ouvrant la séance le président fait connaître qu'il a convoqué l'assemblée en vertu de l'ordonnance précitée, dont il donne lecture. Il ajoute que cette ordonnance a été frappée d'appel par le président irrégulièrement nommé de la F. D. N., mais que, sur la requête des demandeurs, il a décidé de passer outre. Il ajoute enfin que le 27 janvier il a reçu de celui-ci et de quelques autres membres un exploit (dont il donne lecture) le sommant d'ajourner l'assemblée qu'ils considéraient comme nulle. Il donne lecture d'une déclaration protestant contre *les termes* de cet exploit. Toutefois, l'appel, qui a subi divers ajournements, devant venir à l'audience du lendemain, il croirait manquer au respect dû à la justice s'il ne proposait pas à l'assemblée de remettre sa séance tout en déclarant que l'assemblée a parfaitement le droit de délibérer.

M. Doucedame, que l'exploit précité mentionne comme opposant, proteste, en son nom, ainsi qu'au nom de la Corporative des étudiants et anciens étudiants, de l'usage fait de son nom en tête de cet exploit.

MM. Blatter et *Godon* présentent diverses observations. Ce dernier demande notamment à l'assemblée d'adopter la proposition de l'administrateur judiciaire, de lui exprimer sa confiance, de le remercier et de lui adresser des regrets pour les écarts de langage de l'exploit qui lui a été signifié par nos adversaires.

La proposition de M. Godon est mise aux voix et adoptée.

M. Roy dépose l'ordre du jour suivant, qui est mis aux voix et adopté à l'unanimité :

« Les délégués à la F. D. N. réunis en assemblée générale conformément à l'ordonnance de référé du 6 novembre ;

» Considérant que le jugement d'appel doit être rendu demain 31 janvier ;

» Décident, conformément à l'avis de l'administrateur judiciaire, de surseoir à la tenue de cette assemblée jusqu'à ce que le dit jugement ait été rendu ».

La séance est levée à 9 h. 1/2.

On a vu dans notre dernier numéro que l'arrêt de la Cour d'appel a débouté nos adversaires de leur demande qu'il a déclarée mal fondée, et les a condamnés aux dépens.

BIBLIOGRAPHIE

Photographies extra-buccales des maxillaires au moyen des rayons X.

M. Antoni Ciezynski, de Munich, a publié à Hambourg, chez l'éditeur Lucas Gräfe et Sillem, un album de 53 pages consacré à la technique de la photographie extra-buccale des maxillaires au moyen des rayons X. Les explications données par l'auteur, très scientifiques et très claires, sont accompagnées de 60 figures intercalées dans le texte, dont la plupart sont en couleur. L'ouvrage, qui constitue un véritable manuel de radiographie, à l'usage du dentiste, est terminé par une longue biographie.

Das Zahnärztliche Institut der Universität Leipzig.

Nous avons reçu une brochure de 56 pages, intitulée *L'institut dentaire de l'université de Leipzig*, publiée par MM. les professeurs Dependorf et Pfaff, présidents, le premier, de la section de dentisterie opératoire et conservatrice, le second de la section d'orthodontie technique. L'ouvrage, divisé en 11 chapitres, est consacré à l'histoire, à la description de l'Institut, aux méthodes d'enseignement et au personnel enseignant. Il est illustré de 22 figures et de 6 tableaux.

Ueber das Wachstum der Oberkiefers in sagittaler Richtung.

M. Otto Zsigmondy, de Vienne, a fait, lors de la célébration du cinquantenaire de la Société des chirurgiens-dentistes autrichiens, une communication *sur le développement du maxillaire supérieur dans la direction sagittale*. Cette communication, imprimée en une brochure de 12 pages, est illustrée de deux planches en couleur.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

SYNDICAT GÉNÉRAL DES OCULISTES FRANÇAIS

Siège social : 28, *rue Serpente,* Paris.

Malade de situation aisée, opéré gratuitement de cataracte dans un hopital. — Poursuites administratives. — Obtention de mille francs de dommages-intérêts.

Le Syndicat général des oculistes français a l'honneur de porter à la connaissance du Corps médical et plus particulièrement des médecins oculistes les faits suivants :

Au cours du premier semestre 1911, M. X..., *de situation aisée,* s'est fait hospitaliser et opérer de la cataracte, *à titre gratuit,* dans le service d'ophtalmologie d'un hôpital. En agissant ainsi, non seulement il frustrait le Corps médical des honoraires dont un de ses membres aurait légitimement bénéficié, mais encore il accaparait, au détriment d'un malade nécessiteux, un lit de l'hôpital où il se faisait opérer.

Ce fait ayant été signalé à notre Syndicat, celui-ci a adressé une énergique protestation au Directeur de l'Etablissement hospitalier, qui, après une enquête établissant la situation aisée de M. X..., et avec l'autorisation du Ministre de l'Intérieur, le poursuivit en paiement de la somme de mille francs à titre de dommages-intérêts.

Afin d'éviter les poursuites dont il était menacé, *M. X .. dut se soumettre et payer les mille francs qui lui étaient réclamés par l'Administration.*

Le Ministre de l'Intérieur, reconnaissant le tort subi par le Corps médical, a autorisé le directeur de l'Hôpital à verser, sur cette somme, cinq cents francs à notre caisse syndicale.

Le Syndicat général des oculistes français pense qu'il est inutile d'insister auprès de ses membres et du Corps médical tout entier sur l'importance d'un pareil précédent qui, s'il est suivi d'autres exemples de ce genre, ne tardera pas à détourner les malades aisés de se faire soigner, sans scrupule, dans les hôpitaux uniquement créés pour les nécessiteux.

Le Syndicat général des oculistes français demande instamment à tous les ophtalmologistes, à tous les membres du Corps médical, à tous les syndicats et groupements professionnels médicaux, de faire connaître à son Secrétaire général les cas qu'ils pourraient apprendre et dans lesquels des personnes aisées se seraient fait soigner ou

opérer d'affections oculaires dans les services des hôpitaux. Des démarches identiques à celles dont M. X... a été l'objet seront faites, avec la plus grande énergie, auprès des pouvoirs publics, pour que des sanctions analogues soient poursuivies.

Pour le Syndicat général des oculistes français :

Le secrétaire général,
Dr F. Cosse,
2, rue George-Sand, Tours.

La loi sur les accidents et les soins dentaires.

Les soins dentaires doivent-ils être considérés comme des soins médicaux ?

Telle était la question qu'avait à résoudre le 11 décembre la quatrième chambre, présidée par M. Lemercier.

Il s'agissait en l'espèce d'un ouvrier qui réclamait à son patron le remboursement des frais qu'il avait dû faire à la suite d'un accident du travail dans lequel il avait perdu plusieurs dents.

Débouté par le juge de paix, l'ouvrier fit appel.

Son avocat soutint que les frais médicaux comprennent non seulement les soins essentiels, mais encore les soins accessoires donnés par les spécialistes, tels que chirurgiens-dentistes, et que, dans ces conditions, l'ouvrier est en droit de réclamer devant la justice de paix à son patron le remboursement des frais pour soins dentaires, frais médicaux que doit fixer le juge de paix d'après la loi sur les accidents de 1898.

Le tribunal s'est rangé à l'avis de l'avocat, fixant ainsi un point intéressant de la loi de 1898.

(*Paris Journal*, 12 décembre 1910.)

Le procès du dentiste.

Il ne s'agit pas, bien entendu, d'un procès relatif à l'exercice de la profession d'un praticien de cette catégorie, mais de l'action en dommages-intérêts, — demande en plus d'un demi-million de francs, — intentée à l'Etat belge, par un dentiste de Bruxelles, qui fut victime d'un accident de chemin de fer. Le demandeur voyageait beaucoup ; sa clientèle était dispersée à travers le pays tout entier ; il partait souvent avant l'aube, pour ne revenir qu'à la nuit close.

Un jour, du côté de Liége, il fut blessé dans un accident : la rencontre de deux trains ; il lui en resta, paraît-il, une maladie nerveuse

qui l'a rendu inapte à continuer sa lucrative profession. Dans les plaidoiries, on a fait le tableau des souffrances que le moindre bruit lui causait, du changement de caractère qui en a été la conséquence. On a longuement plaidé ce procès, où la théorie de la névrose traumatique à été discutée à fond — un véritable cours de médecine. L'État plaidait la guérison possible.

La chambre temporaire, présidée par M. Vermeir, a rendu un jugement qui accorde au demandeur de copieuses réparations. Il évalue le dommage moral à 25.000 fr. ; pour le préjudice professionnel on alloue 328.367 fr. 40; puis on ajoute encore quelques milliers de francs pour soins et frais médicaux.

Au total le demandeur touchera une somme de 389.415 fr. 40.

(*L'Étoile belge*, 11 décembre 1911.)

Exercice de l'Art dentaire.

Un médecin, non pourvu du diplôme de dentiste, a-t-il le droit de s'attribuer le titre de médecin dentiste ? Sur cette question, qui a déjà été soumise plusieurs fois à l'appréciation des tribunaux allemands, la Cour suprême de justice du royaume de Saxe vient de se prononcer dans le sens négatif. Toutefois, dit *La Gazette des Hôpitaux*, elle a reconnu au médecin non muni d'un diplôme spécial le droit d'exercer la médecine dentaire, au même titre que toute autre spécialité relevant de son art.

(*Le Monde Thermal*, 30 janvier 1912.)

NÉCROLOGIE

Jacob Billeter.

Le 1er janvier est mort à Zurich, après une longue et douloureuse maladie, le doyen des dentistes suisses, M. Jacob Billeter. Il était né en 1834, à Bülach. Son père fut dentiste à Zurich avant lui, et toute sa longue carrière s'est déroulée dans cette ville. La création d'une école dentaire à l'Université de Zurich, en 1895, fut en grande partie son œuvre. Il y était professeur.

NOUVELLES

Distinctions honorifiques.

Nous relevons dans le *Journal officiel* du 1er mars 1912 les distinctions honorifiques suivantes :

1° Membres du Groupement de l'E. D. P. et de l'A. G. S. D. F.

Officiers de l'Instruction publique.

MM.	M.
Baudet (Paris).	Loup (Paris) [1].
Fontanelle (Vouziers).	

Officiers d'Académie.

M.	M.
Ratoré (Issy-les-Moulineaux).	Vicat (Lyon).

2° Autres membres de la profession.

Officier de l'Instruction publique.

M. Baril (Bordeaux).

1. Nous sommes particulièrement heureux de cette distinction conférée à M. Loup sur la demande de l'Ecole dentaire de Paris.

Officiers d'académie.

MM.	MM.
Amillac (Oran).	Gardella (Paris).
Ardissone (Marseille).	Mme
Baudey (Paris).	Moignet (Paris.
Bouchard (Lille).	MM.
Berthel (Neufchâteau).	Paté (Paris).
de Faye (Paris).	Remoiville (Neuilly-sur-Seine).
Fischer (Lyon).	Soulard (Lyon).

Nous adressons nos félicitations à nos confrères.

Nominations.

Notre confrère M. Morineau, chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris, vient d'être nommé dentiste de l'hôpital Saint-Michel.

* * *

Notre confrère M. Dehogues, démonstrateur à l'E. D. P., a été nommé dentiste du Dispensaire antituberculeux du Xe arrondissement et du Dispensaire gratuit municipal des enfants malades du Xe arrondissement.

Clinique dentaire à Ville-Evrard.

Le Conseil municipal de Paris a décidé l'installation d'une salle d'opérations dentaires à la maison de santé de Ville-Evrard.

Mariages.

Nous apprenons le mariage de notre confrère M. G. Charavet, membre de l'A. G. S. D. F., avec Mlle Yvonne Servière d'Aubigny, célébré le 28 février 1912.

* * *

Nous apprenons également le mariage de notre confrère M. Marcel Guillet avec Mlle Suzanne Hugot, célébré le 6 mars 1912.

Nous adressons nos souhaits de bonheur aux nouveaux époux.

Association des dentistes français indépendants.

L'A. D. F. I. s'est réunie le 24 février 1912 à 8 h. 1/2 du soir en assemblée générale à son siège social sous la présidence de M. Dehogues.

Sur la proposition de plusieurs membres l'assemblée :

1° Modifie le titre de l'Association de la façon suivante *Association des Dentistes français (fondée en vue d'obtenir l'union et soutenir les intérêts de la profession) ;*

2° Décide de tenir les assemblées générales dans un local où ont lieu d'ordinaire les réunions de Sociétés scientifiques ;

3° Fixe sa prochaine assemblée générale en octobre prochain, après tous les Congrès.

Elle approuve le rapport de M. Dehogues sur la neutralité du Conseil de l'Association dans les divers incidents récents de la politique professionnelle.

Elle décide, en outre, après avoir pris acte de la communication du secrétaire de l'A. G. S. D. F., de féliciter cette Association des ordres du jour d'entente interprofessionnelle votés au cours de sa dernière assemblée générale.

Elle approuve ces vœux à l'unanimité et délègue officiellement son président, M. Dehogues, à la commission interprofessionnelle qui sera instituée conformément à ces vœux.

Après avoir échangé ses vues sur l'évolution de la profession dans le sens odontologique, elle maintient les membres du Conseil d'administration dans leurs fonctions.

Les dentistes en Allemagne.

Le nombre des chirurgiens-dentistes qui était en Allemagne de 2.587 en 1908, de 2.978 en 1910, était en 1911 de 3.200, dont 2.051 en Prusse, 260 en Bavière, 226 en Saxe, 134 dans le Grand-Duché de Bade, 119 à Hambourg.

Cliniques dentaires scolaires en Suède.

On compte pour 5 millions 1/2 d'habitants en Suède, 30 cliniques dentaires scolaires ouvertes chaque jour. Le traitement y est gratuit pour les enfants pauvres. Une fiche est établie pour chaque enfant examiné.

Nouvelle Société dentaire.

Il s'est fondé en Suisse une nouvelle Société dentaire : celle du canton d'Appenzell, avec son siège à Appenzell, chef-lieu du canton.

Services dentaires dans l'armée prussienne.

Les médecins du service de santé ont été familiarisés par une instruction spéciale avec la pratique de l'art dentaire et exercent ce dernier dans l'armée prussienne.

Dans les villes dépourvues de médecins de ce service, il a été conclu des traités avec les dentistes civils pour qu'ils assurent des soins aux soldats souffrant des dents (*Hamburger Nachrichten*).

Une « Corporative » entre à la Maison des Étudiants.

La maison des étudiants, siège social de l'Association générale des étudiants, vient d'ouvrir ses portes à l'Association corporative des étudiants et anciens étudiants en chirurgie dentaire.

L'entrée à la maison des étudiants de la Corporative dentaire constitue un fait assez important. Dans certains milieux étudiants, on voudrait y voir l'indice heureux d'une évolution des esprits vers une entente commune.

On en parlait depuis plusieurs mois déjà. Mais elle est officielle maintenant. Elle a été ratifiée par un vote du comité de l'A. G. à cinq voix de majorité ; douze contre sept.

Le comité de l'A. G. s'étaient spécialement réuni à cette occasion et avait convoqué, pour l'entendre, M. Doucedâme, président de la Corporative dentaire. La discussion fut longue. Elle porta surtout sur les conditions auxquelles l'admission serait effectuée. M. Doucedâme plaidait pour l'autonomie de la Corporative à la maison des étudiants. La question était délicate. Mais le secrétaire même de la section dentaire de l'A. G., M. Arnauld, s'était rallié à cette proposition. Le vote final eut lieu et donna les résultats que l'on sait.

32e ANNÉE. N° 6 30 MARS 1912 VOL. XLVII

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'EXTIRPATION DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE ET DU CANAL DE WHARTON POUR CALCUL SALIVAIRE INTRA-GLANDULAIRE

Par M. GERNEZ,

Prosecteur à la Faculté de médecine,
Professeur adjoint à l'Ecole dentaire de Paris.

J'ai l'honneur de présenter à la Société d'Odontologie l'observation d'une malade agée de 40 ans, soignée depuis plusieurs mois pour une adénite chronique sous-maxillaire mise sur le compte d'une lésion dentaire ou d'une tuberculose possible.

Il s'agissait en l'espèce d'un *calcul intraglandulaire* de la sous-maxillaire.

OBSERVATION.

F..., 40 ans, a présenté, il y a sept ou huit ans, une douleur atroce, dans la région sous-maxillaire droite, ayant duré un quart d'heure, vingt minutes, et ayant cessé sans laisser d'endolorissement ou de douleur sourde atténuée.

La malade se souvient de trois crises semblables, à intervalles très éloignés.

En mai 1911, elle déjeunait, quand, à la troisième cuillerée de l'aliment qu'elle absorbait, elle sentit une violente douleur au niveau de l'angle de la mâchoire à droite, avec un gonflement nettement appréciable à ce niveau. Au bout d'un quart d'heure, la douleur cesse, ainsi que la tuméfaction disparaît.

A partir de cette époque à chaque repas le même phénomène se

reproduit, la malade craint la mastication : les douleurs n'augmentent pas d'intensité, mais de durée, marchant de pair avec les alternatives de la tuméfaction sous-maxillaire.

Lorsque la douleur est à son acmé, elle irradie sous l'angle de la mâchoire, vers l'oreille, dans la gorge dit-elle, et il lui semble que lorsque cette tuméfaction a atteint son maximum elle a une difficulté assez considérable de déglutir ses aliments.

En juin, une détente se produit, mais bientôt les accidents reparaissent; en septembre la tumeur est bien nette et la malade dit que « ça ne dégonfle plus ».

Elle ne souffre qu'au moment des repas, n'a jamais eu aucune infection buccale, aucune odeur fétide dans la bouche, jamais aucune sensation d'un flot de pus venant s'y déverser.

A l'examen, tumeur dure, bien limitée, légèrement bosselée et douloureuse du niveau de la loge sous-maxillaire, descendant assez bas et débordant l'os hyoïde. Mobile sous les téguments sains, légèrement fixée dans la profondeur.

Examen dentaire négatif, rien de ce côté, aucune lésion buccale ou amygdalienne.

Étant donné *le caractère des douleurs*, je porte le diagnostic de calcul salivaire intraglandulaire (rien n'étant perceptible à la palpation du plancher buccal par le palper bimanuel).

L'ostium ombilical droit est légèrement plus rouge que le gauche, c'est une simple nuance, il n'en sort pas de pus.

Je pratique le cathéterisme du Warthon avec un stylet d'Auel utilisé par les ophtalmologistes et à 4 cm. 1/2 de l'ostium, j'arrive à sentir une crépitation ne laissant aucun doute sur sa nature.

De cette situation intraglandulaire du calcul découlent des indications particulières au point de vue thérapeutique.

Je décide d'enlever la glande en totalité avec son canal excréteur, pour deux raisons :

1° La glande est sclérosée.

2° Le calcul est intraglandulaire, son extirpation par la cavité buccale est impossible, et, étant donné l'état de la glande, il peut être accompagné d'autres concrétions disséminées dans le parenchyme glandulaire.

Incision basse dans un des plis du cou, extirpation de la glande avec son canal excréteur en procédant de bas en haut et de dehors en dedans.

Le calcul gros comme un pois est au beau milieu de la glande, juste au niveau d'un point de bifurcation du canal de Warthon. Dans les ramuscules du canal de petites concrétions comme de gros grains de sable.

Toute la glande est dure, sclérosée, le tissu glandulaire est en-

cerclé dans des loges fibreuses très dures. L'examen histologique fait par M. Chenot montre une infiltration embryonnaire très abondante et un développement anormal du tissu conjonctif périacineux.

Les calculs intra-glandulaires sont rares.

La symptomatologie en est assez spéciale : c'est le type de la colique salivaire analogue à la colique néphrétique ou hépathique, avec une sclérose glandulaire très marquée.

L'analogie entre les différentes lithiases est des plus nettes, et plus la lithiase salivaire est étudiée, plus on s'aperçoit qu'elle est régie par les mêmes lois que ses congénères.

J'ai eu l'occasion d'en examiner plusieurs cas de types différents cliniquement.

Le type phlegmoneux, ressemblant à s'y méprendre à un phlegmon sus-hyoïdien siégeant d'un seul côté, peut être diagnostiqué, si le malade peut vous raconter une vieille histoire pathologique dans laquelle on peut démêler celle du calcul cause de tout le mal ; on se rappellera que *les sous-maxillites* sont rares hors la notion causale de lithiase, et que *le phlegmon sus-hyoïdien dit angine de Ludwig* est bilatéral.

Devant le type abcès à répétition, il faut penser, lorsqu'il existe des fistules, aux fistules d'origine dentaire au trajet parfois si compliqué et si tortueux.

La palpation du plancher buccal montre alors souvent une induration plaquée contre la face interne du maxillaire inférieur et semblant faire corps avec lui, alors que le vestibule est libre et la face externe du maxillaire absolument indemne.

Si l'on cathétérise les fistules, il faut éviter de confondre la crépitation calculeuse avec la sensation que donnerait l'os dénudé.

Enfin le type intra-glandulaire est souvent méconnu ; canal de Warthon libre, aucune sensation particulière à la palpation du plancher buccal, glande tuméfiée, dure, sclérosée, presque indolore, voilà de quoi faire penser, vu la lenteur de l'évolution, à une *adénite chronique* de cause

dentaire ou à une *adénite tuberculeuse* au stade de transformation fibreuse.

L'interrogatoire, révélant les antécédents pathologiques évidents et surtout le caractère particulier et l'horaire des douleurs, fixera le diagnostic.

Il faut agir devant ces calculs intra-glandulaires, ne pas laisser courir aux malades les chances d'une guérison problèmatique, alors que les accidents d'infection les plus graves les menacent journellement.

Le sacrifice de la glande n'a aucune importance, la salive gustative est vite remplacée par celle du côté opposé et par les glandules salivaires de la cavité buccale.

La cicatrice est minime quand on a soin pour l'ablation de procéder de bas en haut, de la partie postéro-inférieure de la glande à la partie antérieure.

Le canal de Warthon vient tout seul par simple arrachement. Le lingual et le grand hypoglosse restent indemnes.

L'ORTHOPÉDIE DENTAIRE ET SES RAPPORTS AVEC LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Par Emile Herbst, de Brême.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris.)

(Suite et fin[1].)

Le premier comporte en première ligne la rotation violente des dents mal placées. On les anesthésie d'abord localement, puis on les fait tourner avec une pince appropriée, enfin on les fixe au moyen d'un bandage ou d'une chaîne à anneau ou d'une coiffe cimentée.

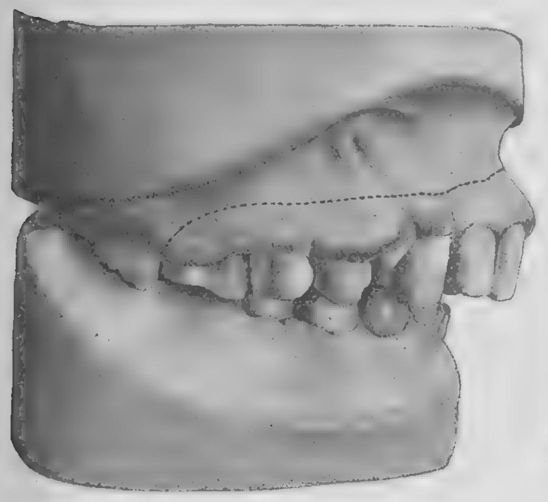


Fig. 24. — Ligne de section de l'alvéolotomie d'après Davenport.

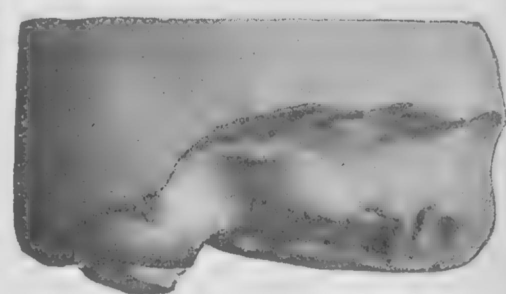


Fig. 25. — Après l'opération.

On recourt à l'alvéotomie s'il n'est pas nécessaire de conserver les dents existantes ; on extrait d'abord les dents et l'on enlève le procès alvéolaire, opération très rare (fig. 24, 25, 26).

Dans les cas très marqués de menton proéminent, on a essayé la résection d'un ou de plusieurs morceaux du maxillaire inférieur ; mais cette opération n'est pas sans danger à cause de la formation possible de séquestre. Dans un cas de ce genre il se produisit une nécrose de ce maxillaire.

1. Voir numéro du 15 mars 1912.

L'ablation partielle du procès alvéolaire a rendu de nombreux services.

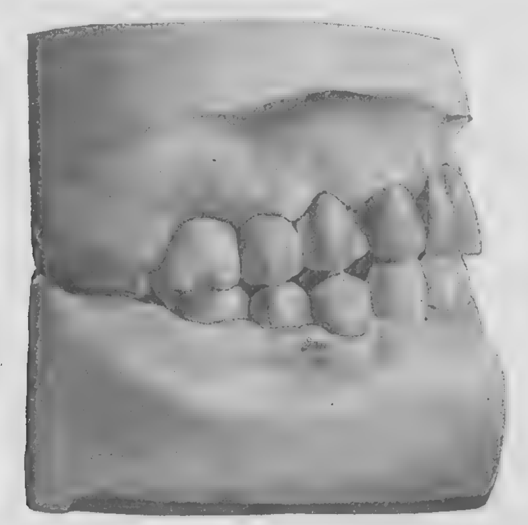


Fig. 26. — Après pose d'une pièce de prothèse.

Le traitement chirurgical le plus connu est l'extraction en cas de dents serrées ; mais l'extraction ne doit être opérée qu'avec réserve, car elle n'est pas un redressement par elle-

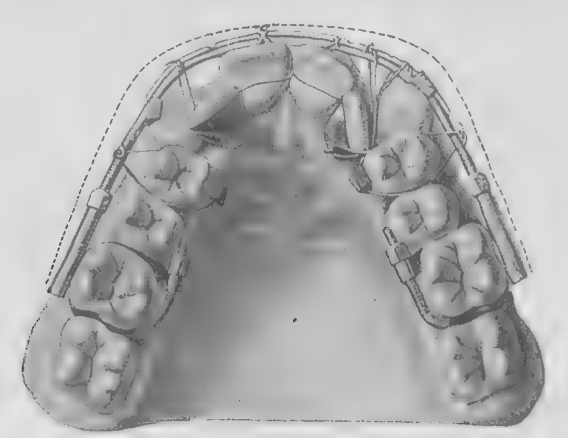


Fig. 27. — Arc d'expansion d'Angle.

même, mais elle amène le redressement ; d'autre part, il est très difficile d'apprécier si l'ablation d'une dent donne vraiment le résultat désiré, ou si la position se modifie d'une manière inattendue.

Tout compte fait il ne faut pas attacher une grande importance au traitement chirurgical ; il est toujours hasardeux et la plupart du temps accompagné de la perte de nerfs dentaires, car la dent est très ébranlée, ou de dents ou de portions du maxillaire.

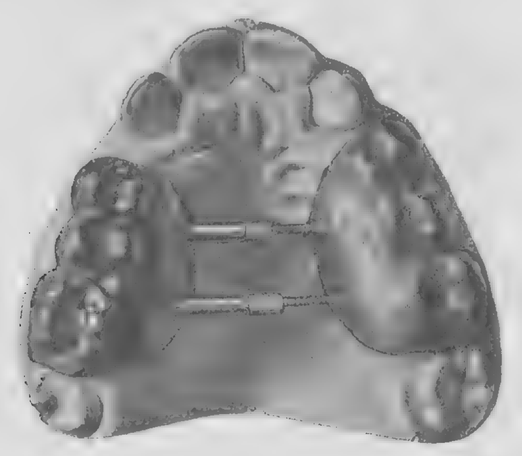


Fig. 28. — Appareil de l'auteur pour coiffage alvéolaire.

L'orthodontiste préfère de beaucoup le traitement orthopédique, qui se divise en traitement par des moyens artificiels, (vis, élastiques, etc.) et traitement par des moyens naturels (pression de la mastication, pression des tissus, pression atmosphérique).

On recourt surtout aux redressements actifs, qui s'obtiennent par une force motrice artificielle.

Si les dents sont trop écartées, il faut les rapprocher ; si elles sont trop rapprochées, il faut les séparer. L'atrésie ou étroitesse du maxillaire est très fréquente, jointe très souvent à l'étroitesse nasale et souvent à des végétations adénoïdes. Elle comporte les appareils d'extension (fig. 27 et 28). Le premier est l'arc d'expansion d'Angle ; le second est l'appareil à coiffe alvéolaire, qui convient mieux aux dents de lait que l'appareil à ressort, car sa pose est très simple, a été construit par moi.

Pour les anomalies d'articulation on se sert surtout d'élastiques intermaxillaires tendus du maxillaire supérieur au maxillaire inférieur.

La fig. 29 représente mon appareil pour amener en avant les dents inférieures et refouler en arrière les dents supé-

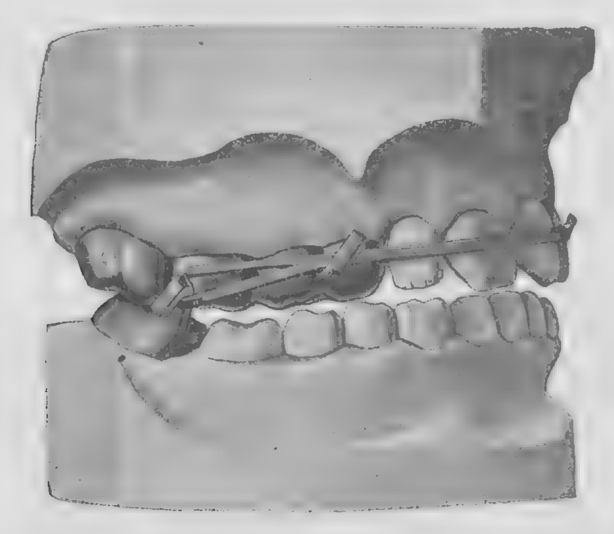


Fig. 29. — Appareil de l'auteur pour traitement du prognathisme avec élastiques intermaxillaires.

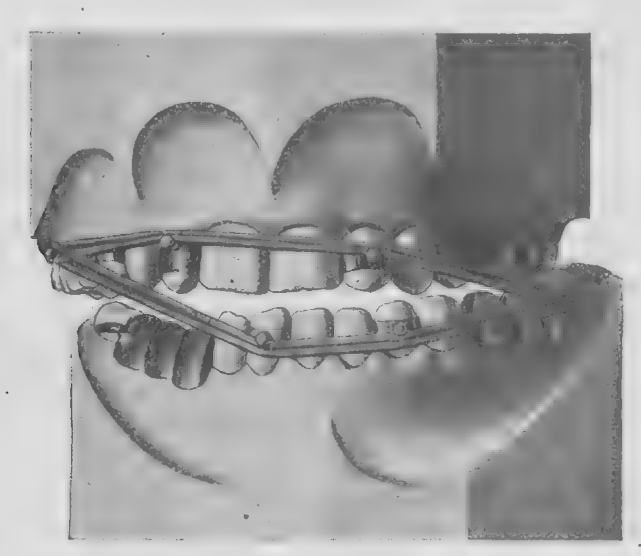


Fig. 30. — Appareil de l'auteur pour déplacement latéral des dents avec élastiques intermaxillaires.

rieures. La fig. 30, mon appareil pour déplacement latéral; la fig. 31, mon appareil pour l'abaissement des dents du haut en cas de béance.

Il existe aussi un traitement avec appareils agissant passivement, ayant pour but unique d'utiliser et d'employer les forces naturelles existant dans la bouche pour le redressement. Aujourd'hui on se sert fréquemment de la charnière

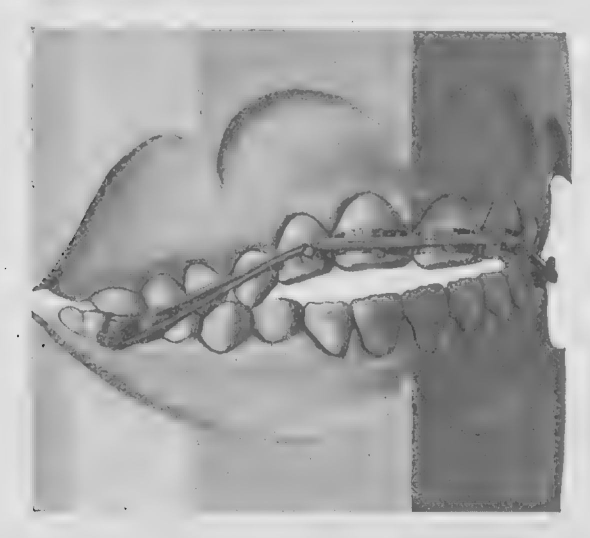


Fig. 31. Appareil de l'auteur pour redescendre les incisives supérieures.

d'occlusion que j'ai imaginée (fig. 32). Le maxillaire inférieur est amené dans sa position normale sur le modèle de plâtre, puis on place dans cette situation la charnière d'occlusion. Quand celle-ci est placée dans la bouche, l'enfant est contraint d'articuler toujours normalement et la conséquence en est que les os, le procès alvéolaire, les muscles, les rubans et l'articulation s'accommodent de ce nouvel état de choses.

Plus on emploie tôt la charnière d'occlusion, plus le maxillaire s'y prête rapidement, car, dans l'enfance, la croissance du maxillaire vient en aide aux modifications nécessaires. La force qui intervient ici est la pression masticatrice, qui pousse le piston contre le fond des canules où il rencontre une résistance, qui oblige la mâchoire à prendre la position normale.

La pression atmosphérique permet également de modifier la position des dents. Nous avons déjà vu que cette pres-

sion n'agit que si le maxillaire inférieur est appliqué sur le supérieur, et que la langue, les joues et les lèvres se fixent solidement contre les rangées de dents.



Fig. 32. — Charnière d'occlusion imaginée par l'auteur pour redresser immédiatement le maxillaire inférieur en cas de prognathisme, au cas où chaque arcade dentaire décrit une courbe normale en elle-même.

Si l'un de ces organes est écarté artificiellement, de sorte qu'il se forme un vide entre la rangée de dents et la lèvre par exemple, la langue presse sur les dents, les lèvres étant fermées, et les dents s'avancent, en supposant que les antagonistes soient empêchées par des coiffes formant l'articulation de reprendre l'ancienne position.

La fig. 33 représente une position des dents semblables lors de la pose, et la fig. 34 lors de l'enlèvement de l'appareil.

On peut se servir de la pression des tissus dans un but prophylactique. Si, par exemple, une dent va faire éruption du côté palatal, elle est empêchée d'avancer par son antago-

niste. S'il est placé sur d'autres dents des coiffes rehaussant l'articulation, la pression de la langue peut presser la dent

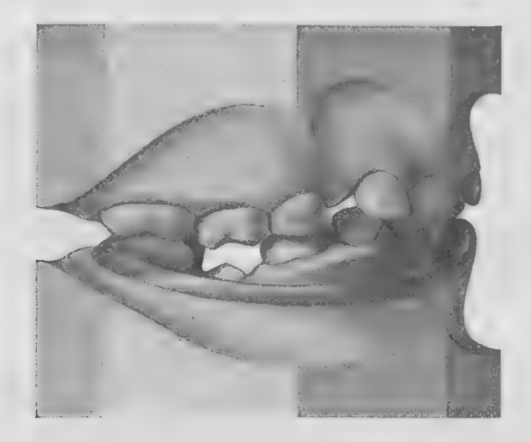


Fig. 33. — Attelle de la lèvre inférieure pour retenir la pression de celle-ci.



Fig. 34. — Résultat donné par l'attelle ci-dessus.

en avant et la force d'éruption de celle-ci est dirigée alors dans la bonne voie (fig. 35).

Le redressement actif et le redressement passif sont donc justifiés l'un et l'autre.

L'orthopédiste dentaire a aussi pour rôle de faire disparaître les anomalies résultant de lésions et d'opérations.

En supposant que les condyles soient réséqués, le maxillaire inférieur retombe trop en arrière. Mais si l'on

remet en place, à temps, le maxillaire inférieur par des rubans intermaxillaires, avant que la cicatrisation complète se soit produite, et si on le maintient par des appareils ap-

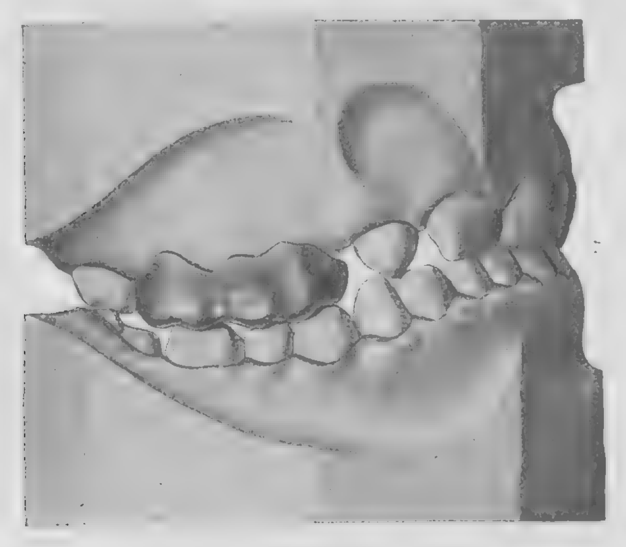


Fig. 35. — Emploi de la coiffe.



Fig. 36. — Redressement après résection des Condyles.

propriés dans la position qu'on vient d'obtenir, on évite sûrement une anomalie de position (fig. 36).

En cas de résection du maxillaire la prothèse immédiate ne convient pas dans certains cas. On peut alors remettre en place le moignon du maxillaire inférieur par un élastique

et empêcher la cicatrisation pour placer un appareil de prothèse (fig. 3).

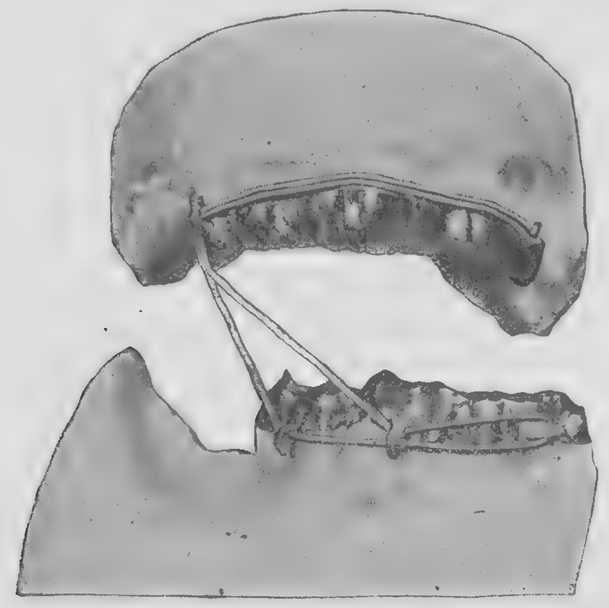


Fig. 37. — Redressement après hémi-résection du maxillaire inférieur.

D'après ce qui précède on peut voir que l'orthopédie dentaire occupera une place à part dans les spécialités médicales ; le but de ces explications est de provoquer une entente et même une collaboration entre les confrères et les médecins.

L'INFLUENCE NÉFASTE DU SUÇAGE DU POUCE ET DE LA RESPIRATION DÉFECTUEUSE SUR LES TISSUS ET SUR LA SANTÉ GÉNÉRALE

Par Frank Harrison.

(Communication à l'Association dentaire britannique, Londres, 1911.)

Je prétends que le suçage du pouce chez les enfants produit non seulement les déformations de la face et de la bouche, mais amène aussi un changement rétrograde des muqueuses et des tissus adénoïdes et, conjointement avec une respiration défectueuse, amène une auto-intoxication par manque d'oxygène, extrêmement nuisible à la santé des enfants.

Avant tout, il faut admettre que la grande majorité des enfants naissent sains. Si les parents souffrent d'une maladie grave, il en est différemment ; mais nous savons que quelque pauvres que soient les parents, leurs enfants sont sains. A la naissance les lèvres de l'enfant sont proéminentes, surtout l'inférieure ; les joues sont pleines et rondes, le palais est plat et bien arrondi, la mâchoire inférieure dépasse la supérieure. Les mâchoires à la naissance contiennent les germes des dents. Les surfaces gingivales sont seulement couvertes par une membrane. Au bout de trois ou quatre mois, la sécrétion salivaire est abondante jusqu'à dix ou douze mois, pour tenir la région propre et molle en raison de l'éruption des dents. A quatre ans, la série des dents de lait doit être complètement développée, et si les conditions ont été favorables, ces dents doivent être exemptes de carie et en position régulière, les antéro-inférieures formant une belle arcade articulant légèrement en dedans ou en arrière des antéro-supérieures ; les lèvres et les joues doivent être bien développées et le nez bien modelé, les narines plus ou moins horizontales et les ailes symétriques, se dilatant librement pendant la respiration.

A sept ans, les dents permanentes de l'enfant commencent à faire leur apparition. En respirant, la bouche et les

lèvres doivent être fermées, la langue remplissant la bouche. Ces conditions sont nécessaires pour que les dents permanentes, enchâssées dans le maxillaire, puissent s'arranger d'elles-mêmes d'une manière systématique et parfaite. La bouche n'est pas destinée à la respiration, mais à la parole, à l'ingestion et à la mastication des aliments ; si elle sert à la respiration dans une large mesure pendant le développement, cela amène une déformation de ses diverses parties

Respiration saine.

L'épithélium cilié.

a) Le nez : 1° externe ; 2° interne.

b) Naso-pharynx.

c) Autres conduits respiratoires.

La conservation de la vie animale exige l'absorption continue d'oxygène et l'excrétion d'acide carbonique. L'oxygène est amené aux poumons par le nez ou la bouche en passant par le larynx, la trachée, les bronches et les petites bronches ; l'oxygène, par suite d'une structure très délicate, est amené en contact avec le sang, de manière à le régénérer ou à le réoxygéner. Puis, et par les mêmes moyens l'acide carbonique s'échappe du sang et fait retour à l'air.

Tout cet appareil, depuis les narines jusqu'aux conduits à air les plus ténus, à l'exception de la bouche, du passage supérieur du nez, des amygdales et des cordes vocales, est recouvert d'un épithélium cilié.

Il n'y a pas d'épithélium cilié dans la bouche : la nature n'a jamais destiné cette cavité à être autre chose qu'un conduit à air supplémentaire en outre de ses attributions d'un autre ordre.

Qu'est-ce que l'épithélium cilié ? vingt ou trente poils ténus sont placés sur chacune des cellules tapissant tout l'appareil respiratoire ; chacun de ces poils est en mouvement constant et rapide, jour et nuit, ce mouvement ayant pour but de repousser toutes les particules étrangères, pouvant venir en contact avec sa surface vers les conduits aériens externes.

Cela permet aux conduits aériens d'être libres et propres, de sorte que l'oxygène peut avoir libre et facile accès aux poumons. Le canal respiratoire qui traverse le nez est recouvert de cet épithélium et est pourvu en outre d'organes spéciaux — les cornets — pour réchauffer et filtrer l'air avant son arrivée aux tissus délicats des poumons. La muqueuse des narines est en outre pourvue de gros poils pour être protégée contre les matières en suspension dans l'atmosphère. La bouche n'offre pas cette protection et ne peut pas remplir les fonctions auxquelles le nez est destiné.

Il faut distinguer entre la déglutition et le suçage. L'action de la langue et du plancher de la bouche en suçant peut être comparée à celle du piston d'une seringue et les muscles qui abaissent l'os hyoïde et la langue peuvent être comparés à la force qui tire la tige.

L'ingestion et la déglutition se divisent en 3 actes : 1° un volontaire, quand les aliments ont été suffisamment mastiqués et mélangés à la salive pour glisser entre la surface de la langue et les parois de la bouche ; 2° les aliments passent au niveau de l'orifice postérieur des fosses nasales sans le toucher. Cet acte est en partie volontaire et en partie involontaire. Le 3ᵉ acte : descente des aliments du pharynx dans l'estomac est involontaire. Comparativement au suçage, il n'y a pas d'action musculaire agissant sur les parties intéressées pour amener la distorsion, 4 ou 5 actes de suçage remplacent un acte de déglutition. Le mauvais effet du suçage exagéré n'est pas souvent remarqué dans les dents temporaires ou les mâchoires, mais il en est ainsi et cela résulte des cas que j'ai observés. La raison en est que beaucoup d'auteurs qui se sont occupés de la question considèrent tellement les végétations adénoïdes comme la cause de la difficulté de la respiration nasale des enfants qu'ils négligent les véritables causes. De même l'étendue de la difformité n'est pas très évidente quand on examine la bouche à la manière ordinaire. Dans les cas où j'ai découvert les mauvais effets de la respiration buccale, j'ai été surpris

de l'étendue de la protrusion des dents supérieures et de la malposition des molaires. De sorte que j'en suis arrivé à la conclusion qu'il ne faut pas s'en rapporter du tout à l'examen visuel seul. Toutefois si la denture temporaire échappe à cette influence, la denture permanente présente toujours une difformité marquée. D'abord les mâchoires sont déformées dans l'enfence par le suçage qui détermine un arrangement irrégulier des dents permanentes qui fait que la bouche reste ouverte et amène la respiration buccale, qui entraîne l'abaissement de la mâchoire inférieure et de la langue, l'articulation irrégulière des dents ; la forte action des joues et des muscles des lèvres continue à renforcer cette tendance.

Beaucoup de mères pensent que les tétines de caoutchouc font du bien à l'enfant parce que celui-ci est obligé de respirer par le nez tant qu'il l'a dans la bouche ; elles ignorent le mal qu'ils font et que l'enfant en souffrira plus tard, autrement elles s'abstiendraient de leur en donner.

Quand l'enfant est endormi, enlevez doucement le bout de sein, n'essayez pas de fermer les lèvres, mais appuyez le pouce sur les côtés du maxillaire inférieur, de façon à fermer la bouche ; les lèvres se fermeront d'elles-mêmes et il en résultera une respiration nasale tranquille.

Le suçage excessif amène une telle déformation des voies respiratoires supérieures que l'entrée de l'air est entravée. Quelle en est la conséquence ?

La santé de l'enfant dépend beaucoup de ce qu'il respire et de la façon dont il respire, de même qu'elle dépend de ce qu'il mange et de la façon dont il mange.

Examinons les diverses déformations des tissus durs et des tissus mous causées par un suçage exagéré.

Le suçage a une influence néfaste sur la bouche, y compris les parois osseuses ; il y détermine :

a) L'arcade en forme de selle.

b) La protrusion supérieure.

c) L'intrusion inférieure.

d) L'articulation ouverte.

e) D'autres irrégularités dentaires.

Il facilite le développement des micro-organismes qui se forment dans les débris d'aliments restant dans les interstices des dents après les repas. Ces micro-organismes s'ils ne sont pas enlevés attaquent et détruisent les dents.

Les muqueuses de la bouche et du nez, le naso-pharynx, les amygdales et les tissus adénoïdes se congestionnent, s'enflent et s'indurent en voulant résister à l'infection par les micro-organismes.

Ceci explique bien des végétations adénoïdes et des amygdales hypertrophiées qui font souffrir les enfants.

Les tissus adénoïdes, surtout dans les amygdales et la voûte du naso-pharynx, en s'agrandissant et en s'infiltrant, tendent à gêner l'arrivée de l'air dans les poumons en rétrécissant l'accès.

Les fonctions de l'estomac et de l'intestin sont entravées par cette flore micro-organique infectieuse et on peut expliquer de la même manière l'infection du tissu adénoïde de l'appendice, d'une structure et d'une disposition identiques à celles des amygdales.

Les occupations journalières d'un homme modifient sa physionomie. Tel genre de vie se manifeste par le jeu des muscles correspondants qui, en produisant des plis et des rides, donne un caractère spécial permanent aux traits. C'est ainsi que l'habitude de la respiration buccale imprime une expression particulière aux traits.

Les enfants qui ont pris l'habitude d'un suçage exagéré prennent celle de la respiration buccale. Le nez n'est pas développé, ne présente aucun signe d'action et il est par suite trop jeune pour la face, les narines sont laides, facilement malpropres, humides et attirent plutôt qu'elles ne les écartent les matières nuisibles en suspension dans l'atmosphère.

Une surdité partielle et une bouche ouverte donnent un

air de stupidité, et la couleur parcheminée de la peau indique une oxygénation insuffisante et une auto-intoxication.

Qu'est-ce qui amène un enfant à respirer par la bouche au lieu de respirer par le nez ?

1° Les tétines de caoutchouc ; 2° Les rhumes négligés ; 3° Les adénoïdes ; 4° La négligence ; 5° Le sommeil sur le dos ; 6° Les convulsions ; 7° L'hérédité.

Quel est l'effet de la respiration buccale ?

a) Le nez ne sert pas et par suite ne se développe pas ; la muqueuse de cette partie du conduit aérien, au lieu d'agir comme un filtre et un réchauffeur d'air, s'épaissit, s'enfle, et présente une inflammation chronique.

Ceux qui respirent par la bouche se plaignent de s'enrhumer facilement.

b) Les lèvres, les joues et la langue, qui servent à donner aux mâchoires et aux dents une forme parfaite de la naissance à l'âge adulte, quand la respiration est normale, ne font au contraire, quand la bouche est ouverte, que déformer l'ossature de la bouche. La chute de la langue sur le plancher de la bouche tend à tirer en arrière la mâchoire inférieure et en même temps à rétracter la lèvre inférieure qui, à son tour, couvre en partie et pousse en arrière les incisives inférieures. La lèvre inférieure étant inclinée en dedans, il est clair que, quand la bouche est fermée, elle vient en contact avec l'arrière des dents antéro-supérieures, de sorte que la lèvre inférieure élastique pousse en avant les dents jusqu'à ce qu'elles reposent commodément sur elle.

c) La pression des joues sur les côtés des mâchoires contribue à augmenter cette déformation. Maintenant que les surfaces linguales des dents ne sont plus supportées par la langue, les côtés de l'arcade sont pressées en dedans et, avec le refoulement vers le dehors des dents antérieures, il se produit l'arcade en dos de selle.

L'ouverture constante de la bouche et la chute de la langue sur le plancher de la bouche, jointes au poids et à l'action des muscles abaisseurs du maxillaire inférieur, ser-

vent à tirer en arrière l'articulation temporo-maxillaire et à former ainsi une sorte de fausse jointure et une articulation postérieure des dents inférieures, avec l'aspect d'une protrusion supérieure. Si la chose est négligée, le ptérygoïdien perd tout pouvoir de faire avancer la mâchoire inférieure et la déformation demeure permanente, accompagnée d'un visage étroit et d'un menton en retrait.

L'effet de la respiration buccale est donc d'amener une déformation non seulement des dents, mais du nez, des lèvres et du menton. Quand la respiration est imparfaite, le nez et l'arrière du nez sont rapprochés et ferment partiellement l'ouverture interne de l'oreille, produisant une surdité partielle. La voix s'épaissit, les parois de la poitrine sont moins mobiles que d'ordinaire et entravent par suite l'accès de l'air et de l'oxygène aux poumons. Les individus respirant par la bouche sont incapables d'émettre des sons fins.

La salive, liquide alcalin, est sécrétée en grande quantité pendant l'absorption des aliments. Elle convertit les aliments féculents en sucre et les rend digestibles ; elle sert aussi à faire des aliments une masse molle et à les avaler aisément.

Après le repas et jusqu'au repas suivant la quantité de salive sécrétée est juste suffisante pour tenir les dents, les joues, les lèvres et la langue humides en parlant et pour dissoudre les particules alimentaires féculentes qui sont restées entre les dents ou pour aider la langue et les lèvres à les enlever mécaniquement. C'est un moyen naturel pour tenir les dents propres, pour éliminer un certain nombre de micro-organismes qui pénétreraient dans le corps et pour détruire, par l'alcalinité, les organismes élaborateurs d'acide qui se seraient introduits.

Il en est ainsi des sujets respirant par le nez ; mais pour ceux respirant par la bouche, en outre de la déformation déjà décrite, les lèvres ne sont que rarement lubrifiées, sont sèches et se crevassent aisément. La surface de la langue

est sèche, les gencives sont irritées et rouges, surtout entre les dents, celles-ci sont couvertes de débris et des particules alimentaires sont dans leurs interstices. Pour rester sain l'émail des dents exige une humidité constante. Il ne peut en être ainsi quand la respiration se fait par la bouche; bien au contraire, les dents, surtout celles du haut, étant exposées à l'air, sont alternativement séchées par l'atmosphère et mouillées par le liquide buccal. L'évaporation constante qui se produit contribue à créer sur les dents un dépôt verdâtre, nuisible à l'émail. En même temps, il reste des particules alimentaires qui se décomposent dans les interstices dentaires, surtout la partie molle et glutineuse des aliments féculents.

Les bords de la gencive près des dents sont irrités par la présence de matières étrangères, deviennent rouges et congestionnés et saignent quand on les touche si cet état persiste. De petites glandes à la surface intérieure des lèvres et des joues émettent normalement une sécrétion acide, ce qui aide la décomposition acide des aliments retenus autour des dents. Si l'on ajoute à cela une alimentation insuffisante dès la naissance, et des dents pauvrement calcifiées, il n'est pas étonnant qu'elles se carient.

J'ai montré que l'altération des cavités nasale et buccale due à la respiration par la bouche suffit dans ces cavités pour amener une anomalie des muqueuses et permettre le développement de micro-organismes qui serait entravé à l'état normal. J'ai montré la déformation produite par la respiration buccale sur l'os, les dents et les parties molles. Je vais maintenant montrer les effets du développement de ces micro-organismes et faire voir comment ils tendent à augmenter la difficulté de la respiration et à menacer ainsi la santé de l'individu :

1° En rendant celui-ci susceptible d'être attaqué par des germes divers, qui, dans le nez et dans la bouche, trouvent des conditions favorables de développement ;

2° En amenant l'œdème des tissus (amygdales, muqueuse

nasale et pharyngée, glandes sous-maxillaires), ce qui cause un état de choses souvent confondu avec les adénoïdes, et empêche en tout cas le libre accès de l'air dans les poumons.

Qu'est-ce que le tissu adénoïde ? Où est-il ? Comment agit-il ? Les amygdales sont deux masses de tissu lymphoïde placées de chaque côté du pharynx, dans lequel elles pénètrent. Elles sont couvertes, sur la face libre, d'un épithélium stratifié, et cette face est garnie d'ouvertures qui conduisent dans des cryptes ménagées dans la substance des organes. Ces cryptes sont tapissées par un prolongement de l'épithélium stratifié et les conduits de nombreuses petites glandes y débouchent. Ce tissu lymphoïde, outre qu'il est répandu sur toutes les amygdales, est parfois formé en nodules dans lesquels les cellules lymphatiques sont plus rapprochées qu'ailleurs, et ces cellules se multiplient constamment au centre de quelques-uns de ces nodules. L'épithélium qui recouvre les amygdales est infiltré de leucocytes, qui peuvent émigrer sur la face libre et s'y mélanger avec la salive.

Le tissu lymphoïde est fortement vasculaire et contient beaucoup de lymphatiques.

La muqueuse de la région voisine du pharynx et de la base de la langue et celle de la partie supérieure du pharynx près des ouvertures de la trompe d'Eustache présentent des cryptes et des masses de tissu lymphoïde ou adénoïde de structure semblable à celle des amygdales.

Traitement ou défauts dus à la respiration buccale et aux adénoïdes. — Préventivement proscrire l'usage des tétines, et des hochets.

Faire disparaître toute infection de la bouche en enlevant ou en traitant des dents cariées, et observer une hygiène buccale rigoureuse.

S'efforcer de rétablir la respiration nasale ; tenir la bouche fermée, exercer le nez.

Enlever mécaniquement les obstructions (amygdales, etc.)

et débarrasser le naso-pharynx du tissu adénoïde ; mais n'y recourir qu'après avoir essayé la méthode de respiration et comme un adjuvant de celle-ci.

Quand un enfant a pris l'habitude de respirer par la bouche pendant des mois ou des années et qu'il en est résulté la sténose du conduit aérien nasal, il ne faut pas songer à lui faire perdre cette habitude en lui disant simplement de fermer la bouche et de respirer par le nez.

Faire pratiquer systématiquement l'exercice du nez, en le surveillant, trois fois par jour, le matin, l'après-midi et le soir, pendant dix minutes, en notant le temps. Indiquer à l'enfant de souffler violemment dans le nez deux ou trois fois de façon à déplacer et à chasser tout mucus faisant obstruction. Prendre un court repos avant de commencer l'exercice. Faire tenir l'enfant les épaules fortement en arrière, bouche et joues fermées, la langue poussée sur le devant de la bouche de façon à toucher et à presser les dents antérieures et latérales et le palais osseux. Prendre trois respirations profondes et rapides, en envoyant l'air dans l'inspiration par le nez avec toute la force possible ; arrêt court et expirer le même air avec toute la force musculaire possible. L'enfant délicat s'assiéra après cet exercice.

Cinq minutes de respiration normale par le nez ; bien entendu la bouche doit être fermée pendant l'exercice. Pendant ce temps, l'enfant peut lire, écouter la lecture ou être amusé. Répéter au bout de cinq minutes la respiration forcée, puis autre période de cinq minutes de respiration nasale tranquille. Terminer l'exercice par trois respirations forcées.

Dire aux enfants de respirer par le nez quand ils font leurs devoirs, quand ils jouent, quand ils se couchent avec la ferme volonté de s'endormir les lèvres closes.

La déformation du nez et de la bouche provoquée par les adénoïdes est établie et maintenue en permanence par la respiration buccale qu'elles provoquent.

A mesure que l'âge avance après la puberté, l'individu, pendant le jour, se sert de plus en plus du nez pour respirer ; mais, à des intervalles fréquents, pendant le jour

et pendant la nuit durant le sommeil, l'habitude de respirer par la bouche reparaît. Pendant le sommeil la mâchoire inférieure s'abaisse, la langue tombe sur le plancher de la bouche; le palais mou, ne trouvant pas l'arrière de la langue pour s'y reposer, flotte dans l'air inspiré et expiré, produisant le ronflement. En s'éveillant on constate que l'épithélium buccal est parcheminé et sec. La face de la langue est couverte d'enduit et un goût désagréable règne dans la bouche.

En supposant que les adénoïdes disparaissent à la puberté, l'effet produit ne disparaît pas. Le nez et la bouche sont marqués pour la vie. A douze ans, 88 o/o des enfants des pays civilisés ont des dents cariées. Je ne prétends pas que la respiration défectueuse soit cause de ce mauvais état, car il intervient d'autres éléments, mais l'expérience me prouve qu'une grande partie est due à une mauvaise respiration, amenée un grand nombre de fois par le suçage, et, au lieu de disparaître à la puberté, l'état dentaire devient pire, s'il est négligé. La zone de surface dentaire infectée augmente et la santé générale de l'individu est fortement atteinte.

REVUE ANALYTIQUE

Hémostase après l'extraction.

Quelquefois il survient après l'extraction une hémorragie plus ou moins grave qu'il est difficile d'arrêter même avec des hémostatiques. Elle est due à une lacération étendue du tissu mou ou de l'os, à la déchirure de vaisseaux sanguins ou à un changement pathologique des vaisseaux, généralement dû à l'artério-sclérose, à la lésion d'une branche artérielle située anormalement ou à l'hémophilie.

Les maladies du cœur, des reins ou d'autres organes, ou l'absorption de vin, bière, café ou thé avant l'opération peuvent amener aussi une hémorragie grave.

Quand celle-ci est légère, il suffit de mettre sur la lésion un tampon de coton suffisamment grand pour qu'il soit comprimé par la mâchoire antagoniste. Si le patient garde la bouche fermée pendant un quart d'heure, l'hémorragie s'arrête généralement.

Dans les hémorragies graves, généralement l'eau oxygénée, la stypticine, le perchlorure de fer, la ferripyrine, et les préparations surrénales s'emploient. (Disons cependant qu'il faut n'user qu'avec défiance du perchlorure de fer qui est caustique et décalcifiant.) On imprègne d'hémostatique de la gaze ou du coton qu'on introduit sous forme de tampons, qui favorisent l'hémostase par pression.

La gaze iodoformée rend d'excellents services dans les hémorragies peu graves, quoique l'iodoforme ne soit pas un hémostatique spécifique. Elle s'applique aisément et rapidement et peut être laissée dans la bouche sans prendre une odeur fétide par suite de la décomposition de la salive ou du sang. Le tampon est très efficace s'il exerce une pression sur une base osseuse dure. La chaleur et le froid n'ont pas d'action dans les hémorragies graves.

Dans les cas très opiniâtres, M. Herrenknecht, de Fribourg-en-Brisgau, auteur de cet article, fait fondre de la cire d'abeilles pure dans un récipient convenable, chauffe la cire à 70 ou 80°, y plonge une petite boulette de coton capable de remplir largement l'alvéole et l'introduit après avoir enlevé les caillots. Il place par-dessus un tampon de coton assez large pour exercer une compression sur la lésion et recommande au patient de tenir la bouche fortement fermée pendant une demi-heure au plus. La cire se solidifie rapidement et bouche hermétiquement la lésion, en arrêtant d'ordinaire immédiatement l'hémorragie. Ce tampon a l'avantage de ne pas se décomposer et de s'enlever facilement. Si l'on ajoute un hémostatique, par exemple de la ferripyrine à 10 o/o, trois facteurs combinent

leur action hémostatique : la pression, la chaleur et l'hémostatique.

Au lieu de cire on peut employer la paraffine de la même manière et avec les mêmes résultats. On fait un mélange de paraffine solide et de paraffine liquide avec un point de fusion de 50 à 60°, mélange qui a sur la cire l'avantage de permettre de choisir à volonté le point de fusion.

Un tampon avec une solution de gélatine à 4 o/o, comme on l'a recommandé récemment, n'est pas autant indiqué que la cire, car il est difficile à stériliser et se décompose rapidement dans la bouche. Si l'hémorragie a été très forte, ne jamais laisser le patient sans surveillance, car le tampon peut se dégager, pendant le sommeil par exemple, et il peut en résulter une hémorragie secondaire dangereuse. Chez les patients faibles ou peureux il est bon de tenir le tampon en place avec le doigt jusqu'à la cessation de l'hémorragie.

Après toute extraction suivie d'hémorragie grave, le patient doit éviter tout effort physique considérable ou l'absorption de grandes quantités de liquide (vin, bière, café, thé), afin d'échapper à une hémorragie secondaire. L'ingestion de liquides est indiquée cependant si, en raison d'une trop grande perte de sang, il est nécessaire de stimuler le cœur. Dans ce cas, recourir à des stimulants, à des injections de solution salée physiologique, d'huile de camphre, etc. En employant tous ces moyens se rappeler constamment que l'hémorragie est souvent due uniquement à une diminution de la pression sanguine et à un changement de la composition du sang particulièrement favorable à la coagulation. La thérapeutique pendant et après l'hémorragie doit donc être rigoureusement appliquée à chaque cas particulier. (*Arch. f. Zahn.*)

Histologie des lésions de l'émail dans la carie dentaire.

Au début des lésions, on observe, en un point de la surface coronaire, la rupture de la cuticule de Hasmyth, et, en regard de ce point, la substance de l'émail se montre décolorée sur une petite étendue en forme hémisphérique. Les prismes ont perdu leurs contours et leur substance est granuleuse. Tout autour de cette zone claire, on trouve une zone foncée, fortement colorée par l'hématoxyline, dans laquelle les prismes ont leurs contours normaux, mais où les espaces interprismatiques présentent des micro-organismes de forme ovoïde avec une extrémité effilée.

Avec des lésions plus avancées, on observe à la surface de l'émail une perte de substance anfractueuse avec des encoches plus ou moins profondes entamant les zones sous-jacentes. La cuticule s'arrête aux abords de cette cavité, parfois même est décollée sur une certaine longueur. L'émail qui constitue la paroi de la perte de substance présente divers aspects, tantôt ce sont des blocs irréguliers, plus ou moins épais, très foncés, correspondant à des fragments de prismes désagrégés, tantôt ce sont des zones claires et granuleuses. Des encoches,

découpant irrégulièrement la bordure de la cavité de carie, s'enfoncent même sous forme de fissures à une plus ou moins grande distance dans l'émail; il en résulte, par endroits, de petites lacunes, des sortes de clapiers, minant toute la zone avoisinant la cavité de carie. Audessous de cette zone, l'émail présente divers aspects : par endroits, les prismes surcolorés dessinent des stries foncées ; en d'autres points, les prismes apparaissent granuleux et irréguliers ; ailleurs, les prismes indistincts forment des zones claires finement granuleuses.

On voit des stries foncées dessiner des séries de lignes de Schrœger très rapprochées les unes des autres, elles paraissent correspondre à des séries de granulations échelonnées sur le trajet d'un grand nombre de prismes. Le processus de destruction de l'émail, suivi à ses diverses étapes, présente successivement des phénomènes d'invasion microbienne et des modifications de constitution chimique des prismes qui leur donne un aspect granuleux, foncé. La dissolution de la substance interprismatique, sous l'influence des agents de la surface, doit faciliter la pénétration des micro-organismes et la diffusion des lésions. Puis les prismes perdent leurs lignes de contour, se confondent en amas finement granuleux, puis toute trace d'organisation disparaît, et les prismes fragmentés, dissociés, sont représentés par des masses foncées, surcolorées.

(L. Dieulafé et A. Herpin, *Gazette des Hôpitaux,* 23 nov. 1911).

Réaction de la pulpe dans la carie dentaire.

Les odontoblastes, par leur surface libre, extérieure, dans la zone correspondant aux points irrités, fournissent aussi de la dentine nouvelle.

Cette dentine s'accole à la face profonde de la dentine primitive. Selon l'intensité du processus réactionnel, la dentine secondaire sera plus ou moins étendue sur la paroi pulpaire et aura tendance à rétrécir plus ou moins cette cavité, ou bien formera une saillie circonscrite, une protubérance. Sa consistance est plus dure que celle de la dentine normale à cause de sa teneur plus grande en phosphates de chaux. Cette dentine secondaire par sa continuité avec la paroi de dentine ancienne se distingue d'autres formations, les nodules pulpaires qui sont des noyaux de dentine secondaire ou de simples concrétions calcaires, en liberté dans le tissu de la pulpe et qui sont aussi des produits de la réaction pulpaire.

Sur des coupes microscopiques, la dentine de compensation montre une cohésion intime avec la paroi de dentine normale. Les canalicules sont serrées et montrent une certaine régularité dans leur disposition. Au milieu les canalicules sont disposés en rayons fuyant la surface masticatrice ; les canalicules du centre se continuent directement avec ceux de la dentine normale, ceux des côtés forment un angle aigu. Cette continuité des canalicules se conçoit facilement si l'on tient compte que les odontoblastes qui leur donnent naissance correspondent exactement aux fibres de Tomes de la dentine primaire, qu'elle soit normale ou ait subi le processus réactionnel.

Dans cette dentine secondaire, compensatrice, adventive, Hopewellsmith a reconnu cinq variétés : aréolaire, cellulaire, fibrillaire, hyaline, laminée. La variété aréolaire ressemble à la dentine des espaces interglobulaires ; des tubes parcourent cette substance, ils sont largement ouverts à leur extrémité pulpaire. Dans la forme cellulaire, des cellules fusiformes ou rondes s'ajoutent à la substance fondamentale, la dentine fibrillaire présente des tubes fins et irréguliers. La néo-dentine hyaline se rencontre principalement à la base des excavations de caries dans la cavité pulpaire ; sa structure plus ou moins homogène est semblable à celle du cartilage hyalin.

Maurel, qui a bien suivi les détails de la genèse de la dentine secondaire, a vu que des cellules quelconques de la pulpe pouvaient évoluer vers la fonction odontoblastique, sécréter autour d'elles de la dentine, pousser des prolongements et donner lieu à des canalicules, tout comme dans la dentine normale.

Cette dentine secondaire, tout en constituant un processus de résistance, envahit plus ou moins la cavité pulpaire, la déforme et lorsque celle-ci à son tour est envahie par l'inflammation, son calibre, devenu irrégulier, peut être parfois l'objet de difficultés pour l'exploration ou les applications thérapeutiques. Le tissu pulpaire peut même être transformé en tissu dentinoïde dans presque toute l'étendue de la cavité.

(Dieulafé et A. Herpin, *Société de Biologie,* 9 décembre 1911, *Gazette des Hôpitaux*, 31 décembre 1911.)

REVUE DES REVUES

A-T-ON TROUVÉ UN MÉTAL IDÉAL POUR LES INSTRUMENTS ?

On a trouvé récemment dans un alliage de cobalt et de chrome un métal qui, non seulement rivalise avec l'acier par ses qualités tranchantes, mais qui en outre possède une résistance aux influences atmosphériques qui n'est peut-être égalée que par l'or et les métaux du groupe platine. Ellwood Haynes, inventeur de ce métal, le désigne sous le nom de *stellite*.

Cet alliage peut se forger en bandes minces ne présentant aucune tendance à se casser. Après refroidissement ces bandes sont aussi dures que l'acier bien trempé et pourraient à peine être entamées par la lime. Une lame de couteau de cuisine faite avec ce métal a servi à toutes sortes d'usages. Au bout de deux ans d'usage, elle ne présentait pas la moindre place ternie et au soleil elle produisait un reflet éblouissant pour l'œil.

Quant à la couleur, ce métal tient le milieu entre l'argent et l'acier et, s'il est bien poli, il présente un éclat plus grand. Son élasticité est égale à celle de l'acier.

Malgré sa grande dureté, il se forge facilement au rouge, mais peut se courber à angle droit quand il est froid, soit sous forme d'une barre fondue ou forgée, pourvu que les dimensions ne dépassent pas 6 mm. carrés. Son élasticité n'est pas tout à fait égale à celle des instruments en acier de la même dureté. On peut obtenir des échantillons beaucoup plus durs, alors l'effort de rupture et la limite élastique coïncideront.

Les lames faites avec cet alliage présentent un fin tranchant, particulièrement doux. Un petit ciseau de 6 mm. carrés coupe aisément un fil métallique sans s'émousser. Une lame de tour d'atelier en stellite peut sectionner de l'acier ordinaire avec une grande rapidité, par exemple un copeau de fer continu à une vitesse de 200 tours par minute, tandis que l'instrument en acier n'y parvenait pas. Il ne s'ensuit pas que l'alliage convienne mieux pour les instruments du tour d'atelier que l'acier, mais simplement qu'il supporte mieux une grande vitesse sans brûler.

Un morceau d'alliage de cobalt chrome poli est lentement attaqué par le froid, par l'acide chlorhydrique concentré, et, au bout

de quelques secondes, la solution présente une teinte verdâtre. Toutefois l'action n'est pas violente, à moins qu'on ne chauffe l'acide. Plus l'acide est dilué, plus l'action est lente et l'alliage peut être momentanément exposé à une solution acide sans effet perceptible.

L'acide sulfurique fort en solution attaque ce métal très lentement.

L'acide fluorhydrique agit également très lentement. A part ces deux acides, l'alliage est insensible aux autres réactifs chimiques. On peut le faire bouillir dans l'acide nitrique ou dans des solutions d'alcalins caustiques pendant des heures sans qu'il perde de son éclat. Il est insensible aux influences atmosphériques et garde son éclat dans tous les cas, que l'air soit sec ou humide ou même chargé de vapeurs acides, d'hydrogène sulfuré ou de gaz corrosifs.

Convenablement limé et poli, le métal présente une belle surface blanche et éclatante et quoique sa couleur ne soit pas celle de l'argent, elle est constante et agréable à l'œil.

Cet alliage convient pour la fabrication des instruments de chirurgie, car il n'est pas attaqué par le bichlorure de mercure ou autres solutions antiseptiques. Il sera sans doute d'un emploi fréquent en dentisterie et en horlogerie. Pour les instruments du laboratoire de physique ou de chimie, il est la matière de choix.

(*Dental Summary*, février 1911.)

INFLUENCE DES FORCES D'OCCLUSION SUR LE DÉVELOPPEMENT DES OS CRANIENS

Par C. A. Du Bois, de New-York.

Parmi les premières actions musculaires volontaires coordonnées de l'être humain après sa venue au monde, se trouve celle des muscles masticateurs en prenant des aliments. Bien avant que l'enfant puisse tenir sa tête, ces muscles sont fortement développés et employés avec grande vigueur.

Pendant qu'il tette, l'action de ces muscles est si forte qu'elle exige une augmentation de l'afflux sanguin dans une telle mesure que l'action du cœur est notablement accrue ; cet afflux sanguin est indiqué par la rougeur de la tête et les fontanelles elles-mêmes ont des pulsations violentes. Plus tard, quand les dents sont venues, l'action de ces muscles est renforcée et la force exercée par la traction de ces

muscles pendant la vie est considérable et se monte à des centaines de mille kilogrammes.

Les muscles masticateurs entourent le crâne en s'étendant du bord temporel d'un côté au bord temporal de l'autre et les muscles masticateurs internes sont attachés très près de la base du cerveau. Ces muscles sont attachés au crâne et insérés dans le maxillaire inférieur à divers endroits et de diverses façons, de sorte qu'ils tirent dans autant de directions, mais ils ont un levier commun, les dents. On peut considérer les dents, en effet, comme le levier d'un groupe de muscles, parce que c'est seulement quand les dents viennent en contact avec les aliments, pendant la mastication que le grand pouvoir de ces muscles est exercé. En rapprochant les dents on peut vérifier la justesse de cette affirmation, car tandis que la mâchoire inférieure se meut librement, l'action musculaire est presque passive ; mais dès que les dents agissent, les muscles du côté de la tête et de la face se contractent avec une grande rigueur et les puissants muscles internes font de même.

Les forces résultantes de ces muscles sont les forces d'occlusions, basées sur des lois définies.

Les expériences que je poursuis me font croire que la réaction des forces occlusales sur le crâne repose sur des lois tout aussi définies ; je crois de plus que c'est dans ces réactions que se trouvent les secrets d'un crâne normal, car si un groupe de forces agit conformément à des lois, pourquoi la réaction de ces forces ne serait-elle pas régie par des lois aussi définies que ces forces.

La zone de la masse musculaire (y compris la langue), comparée à la tête tout entière, concorde par ses dimensions avec les autres organes de cette partie du corps. Suivant les lois de l'évolution, l'activité fonctionnelle de cette masse ne peut avoir qu'une action directe et puissante pour façonner les os auxquels elle est attachée.

De plus le grand afflux sanguin que demande la vigoureuse activité de ces muscles arrive à ces muscles et aux autres parties de la tête, et il est logique de penser que le cerveau participe à cet afflux. L'idée de l'activité musculaire et de l'augmentation de circulation dans les parties adjacentes est bien connue.

Si l'hypothèse de l'influence de l'appareil dentaire sur la formation des os de la tête est exacte, l'intervention des lois d'occlusion chez les animaux inférieurs aurait des conséquences sur la formation des os du crâne, et s'il y avait une variation, elle jetterait quelque lumière sur le problème si complexe du développement de la tête humaine.

Pour vérifier cette théorie il a été choisi trois lapins, dont deux eurent les dents du côté droit du maxillaire inférieur meulées. Quand les dents eurent grandi, le meulage fut répété, de sorte que la masti-

cation n'avait lieu que du côté gauche. Le 3e animal fut laissé à l'état normal.

Sept mois après, on mit à nu le squelette d'un de ces lapins et son crâne présentait les particularités suivantes : la suture entre l'os pariétal et l'os frontal n'est pas perpendiculaire à l'axe longitudinal du crâne ; l'os frontal droit se projette plus en avant que le gauche ; l'espace zygomatique gauche est plus long et plus avancé que le droit ; la déviation la plus marquée se remarque dans les os du nez, tous les deux tordus du côté gauche. La déviation s'étend dans la totalité du crâne ; la plus remarquable est celle de la racine antérieure de l'arcade zygomatique droite (procès zygomatique de l'os maxillaire) qui est en retrait, tandis que le corps de l'os maxillaire droit avec les dents qu'il contient est fortement en avant.

Le maxillaire inférieur est déformé jusqu'à la grosseur du procès articulaire des condyles. Celui de gauche — côté actif — est plus grand que celui de droite.

Trois semaines plus tard le 2e lapin expérimenté fut autopsié, ainsi que le lapin témoin. Le développement musculaire était tout à fait inégal dans chaque moitié de l'animal expérimenté en ce qui concerne les muscles régissant le mouvement du maxillaire inférieur. Du côté qui ne servait pas les muscles étaient notablement atrophiés et de couleur pâle, comparés à ceux du côté actif. Plus tard les crânes furent pesés et ceux des animaux opérés pesaient beaucoup moins que le crâne normal, l'intervention ayant affecté le développement osseux général de la tête.

Poids des animaux.		*Poids des crânes.*	
Lapin témoin.....	1 k. 631	Lapin témoin......	248 gr.
1er — opéré......	1 k. 478	1er — opéré......	227 gr.
2e — —	1 k. 735	2e — —	243 gr.

Chez le 2e lapin expérimenté le crâne varie comme chez le premier, mais l'aspect supérieur droit de la boîte cranienne était aplatie et l'on remarquait un abaissement de ce côté du crâne.

Les os thoraciques étaient également déformés, ainsi que les côtes, avec une courte spirale dans la région dorsale. En préparant le premier squelette, je ne m'attendais pas à cette déformation, qui pouvait cependant être due à la position de l'animal après la mort ; mais chez le deuxième elles furent notées une heure après la mort et ne furent pas constatées chez l'animal normal. Pour le moment je ne puis expliquer ces variations, des os thoraciques, à moins qu'elles ne soient dues à la corrélation de la croissance.

Les résultats de cette expérience me semblent remarquables. Qui

aurait pensé qu'en troublant les lois de l'occlusion le crâne aurait perdu de son poids et que chaque suture et chaque os de la tête aurait varié. Cette expérience indique combien le système dentaire de l'homme est important pour le développement de la tête et montre l'importance de la dentition temporaire négligée qui sert pendant la période de développement de l'enfance.

En expérimentant sur des chats, j'ai constaté que l'absence de fonctionnement des muscles de la mastication d'un côté trouble notablement l'unification des os du crâne de ce côté.

En examinant leurs crânes fraîchement préparés, j'ai remarqué que, quand je pressais les côtés de la boîte cranienne entre le pouce et l'index, l'os du côté duquel la fonction des dents était troublée était si mou qu'on pouvait y enfoncer le doigt tandis que l'os du côté normal était dense et rigide. Chez les animaux témoins, les deux côtés de la boîte cranienne étaient également développés et il était impossible d'y enfoncer le doigt.

Il semble presque incroyable que la forme du crâne chez les animaux inférieurs puisse être modifiée et que la force des côtés de la boîte cranienne puisse varier en troublant simplement la fonction des dents. On peut mieux s'en rendre compte en étudiant le grand pouvoir du système musculaire masticatoire.

Chez l'être humain la force exigée pour mastiquer complètement un sandwich de bœuf conservé est d'environ 310 mm. Qui pourrait croire qu'une pression de 7.050 livres est exercée sur les os du crâne par les dents quand elles mastiquent cet aliment.

Cet chiffre est tiré de l'essai suivant.

Un homme avec 32 dents en bon état fut choisi pour l'expérience. L'aliment consistait en un sandwich de bœuf conservé de 62 mm. de large sur 87 mm. de long, qui fut mâché jusqu'à ce qu'il fut avalé involontairement. Le nombre de bouchées et de mastications par bouchée, et le temps employé furent notés. La force avec laquelle les dents étaient rapprochées fut évaluée à 10 livres pour chaque contraction des muscles masticateurs. Le temps passé fut de 9 minutes et la force développée 7.050 livres. Une deuxième personne, en faisant un essai semblable, fit 52 contractions de moins, mais la viande était plus tendre.

Si ces déductions sont justes, la force exercée sur le crâne par l'intermédiaire des dents dans un temps donné peut aisément être calculée. On voit ainsi comment en troublant l'appareil dentaire d'un animal on peut affecter la forme et la structure du crâne, car, suivant les lois de l'évolution la force musculaire continue exercée sur un os donné détermine la forme de cet os.

On objectera que les conditions ne sont pas les mêmes chez l'homme que chez les animaux inférieurs. Il est vrai que la dentition

diffère et que la dentition dans les diverses classes d'animaux n'est pas la même ; mais les muscles qui règlent le mouvement du maxillaire inférieur correspondent si exactement que les muscles et les procès osseux sont d'une ressemblance frappante. De sorte que si, en troublant les lois de l'occlusion chez les animaux inférieurs on fait varier le crâne, diminuer le poids de cette structure osseuse et même amener un changement dans la solidité de la boîte cranienne, ces expériences doivent certainement jeter un jour nouveau sur le rôle du système dentaire de l'homme.

(Items of interest.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séances de démonstrations pratiques des 4 et 11 février 1912.

Une séance de démonstrations pratiques a été organisée par la Société d'Odontologie de Paris les 4 et 11 février 1912, afin de permettre à M. Emile Herbst, de Brême, de présenter ses travaux sur le redressement.

M. Heïdé, président, a ouvert la séance en prononçant l'allocution suivante :

Mon cher confrère,

Au nom de la Société d'Odontologie, je suis heureux de vous souhaiter la bienvenue parmi nous et de vous présenter nos collègues qui vont avoir tout à l'heure la bonne fortune d'assister à votre intéressante démonstration.

Le nom de Herbst n'est pas inconnu parmi nous. Il y a 27 ans, à la suite de l'enthousiasme provoqué dans le monde professionnel par les travaux de Wilhelm Herbst, je fus délégué par l'Ecole dentaire de Paris pour aller à Brême étudier les procédés nouveaux dus à sa grande ingéniosité. Je reçus de Wilhelm Herbst un accueil charmant et les méthodes que je rapportai de ce voyage furent et sont encore pour beaucoup constamment employées.

A la suite de ce voyage et en reconnaissance de ses nombreux travaux, Wilhelm Herbst fut nommé membre honoraire de la Société d'Odontologie de Paris.

Il y a quinze ans, Wilhelm Herbst venait lui-même à Paris apporter à notre Société les fruits de son travail et nous faire part de nouveaux perfectionnements qu'il avait alors introduits dans la dentisterie opératoire.

Son esprit inventif nous avait vivement frappés et depuis nous avons toujours apprécié ses publications multiples. Aujourd'hui, en cette même Ecole, où nous recevions M. votre père, nous sommes heureux de vous accueillir comme le fils de l'un de nos maîtres ; mais Emile Herbst n'est pas seulement le fils de son père, il a dignement suivi ses traces : ses travaux en orthodontie, universellement connus, lui constituent à eux seuls un titre absolu et personnel à notre accueil le plus empressé.

Il a été l'instigateur des congrès d'orthodontie en Allemagne, et de la formation de la Société des Orthodontistes allemands.

Il a fait des démonstrations au Congrès de Dresde (1909), de Francfort (1910) et de Hambourg (1911). Il a été faire des conférences en Russie. Ses publications entre autres sont les suivantes :

1° Introduction à l'orthodontie faciale, 2e édition ;

2° Atlas et règles fondamentales d'orthodontie dentaire ;

3° Redressement des anomalies des dents et des maxillaires à l'aide de tubes et tiges à coulisse.

Nous avons toujours admiré le caractère merveilleusement ingénieux de ses procédés et la logique de ses méthodes. Aussi le remercions-nous bien vivement d'avoir bien voulu venir nous exposer lui-même à notre Société d'Odontologie l'état actuel de ses recherches et la technique habituelle de ses opérations.

*
* *

Les deux conférences de M. Herbst[1], accompagnées de présentations de modèles d'appareils et de nombreux clichés photographiques, nous ont donné un aperçu synoptique de presque tous les procédés usités en orthodontie. Nous avons, au cours de cette longue et instructive énumération, appris à mieux connaître les procédés employés par l'auteur.

Ce qui nous a surtout frappé dans l'œuvre de M. Herbst, c'est l'ingéniosité qu'il déploie dans chaque cas particulier. Pour lui (sauf quelques points de repère, quelques mensurations), pas de méthode générale apparente ; au contraire, tout patient est un problème nouveau à résoudre, qui se présente avec ses données particulières dont il tire parfois, au point de vue du traitement, des facteurs essentiels, mais dont on ne saurait généraliser l'emploi. Cette méthode ou plutôt cette absence de méthode suppose chez son auteur une expérience, un sens clinique hors de pair et surtout un esprit très inventif ; mais, comme le dit Angle, tout praticien n'est pas nécessairement un inventeur et nous ne pensons pas que l'orthodontie doive rester une science si spéciale, privilège de quelques-uns. Les méthodes plus générales, comme celle d'Angle et de Case, semblent plus en rapport avec les exigences de la pratique journalière. Ceci dit, nous louerons sans réserve certains appareils de

---

1. Voir aux *Travaux originaux*, n° du 15 mars et présent n°, la communication de M. Hersbt.

M. Herbst : son diagramme sur celluloïd, dont les différents exemplaires correspondent aux largeurs courantes des incisives, donne des renseignements précieux pour l'évaluation rapide du degré d'expansion des arcades maxillaires.

Pour obtenir cette expansion, M. Herbst se sert souvent d'appareils volumineux composés de plaques métalliques latérales fixées au ciment et reliées par des vis de serrage. Ces appareils peuvent être utiles dans certains cas, lorsqu'il s'agit d'élargir la voûte palatine au cours d'interventions sur les fosses nasales, mais dans la pratique orthodontique nous préférons les appareils à arc d'expansion vestibulaire, moins encombrants et aussi efficaces.

Nos confrères ont surtout beaucoup apprécié l'ancrage-occlusion de M. Herbst. L'ancrage-occlusion est un appareil intermaxillaire destiné à corriger le rétroglissement du maxillaire inférieur. Il se compose d'un ancrage supérieur relié à un ancrage inférieur par un tube à coulisses à trajet limité : l'appareil étant en place, le patient ne peut avoir qu'une occlusion normale.

Enfin M. Herbst dans certains cas très particuliers obtient également un mouvement de l'articulation au moyen d'un engrènement de bridges à courbe compensatrice combinée.

Tous ces appareils ont vivement intéressé nos confrères, qui étaient venus en foule assister aux démonstrations de M. Herbst. Des idées furent échangées, des discussions prirent naissance, on causa terminologie, classification, utilité des relations internationales, etc. Enfin M. Heidé prononça les remerciements et les félicitations d'usage.

Le Bureau de la Société d'Odontologie avait profité de la réunion organisée en l'honneur de M. Herbst pour présenter des travaux d'élèves. Ces travaux furent exécutés séance tenante de façon très remarquable et leurs auteurs, MM. Leroux, Morin, Ananiadis, Didsbury, Valda et Goya reçurent les félicitations de tous nos confrères. Nous les leur renouvelons, sans oublier leurs dévoués professeurs, MM. G. Robin et Machtou.

Raymond Lemière.

Séance du 17 mars 1912.

La Société d'Odontologie de Paris s'est réunie le dimanche matin 17 mars pour assister à la présentation de coupes histologiques sur l'innervation de la pulpe faite par M. Mummery, professeur à l'Ecole dentaire de Londres, de passage à Paris pour se rendre à Utrecht où il était invité à faire cette présentation à l'Ecole dentaire de cette ville.

Cette séance très intéressante, dont nous rendrons compte ultérieurement, a eu un grand succès.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'HONNEUR MÉDICAL

A force de répéter que la médecine est un métier comme un autre, le public d'abord, puis quelques médecins ensuite n'ont pas tardé à penser que pour être un médecin irréprochable il suffisait d'être un honnête homme. Par suite, la morale professionnelle dont les règles faisaient le fond de la déontologie, n'existait pas, ou tout au moins ne se différenciait pas de la morale tout court.

C'est là une profonde erreur qui devait fatalement aboutir à cette conclusion désastreuse : tout ce qui est permis à un honnête commerçant dans l'exercice de sa profession est aussi permis à un honnête médecin dans la pratique de son art.

Sans aucun doute, tous les hommes, quelle que soit leur profession, sont d'abord soumis aux règles générales de la morale, et un malhonnête homme ne saurait jamais faire un professionnel honnête, qu'il soit médecin, avocat, ou simplement commerçant.

Mais en plus de cela, dans chaque profession il y a des règles de morale applicables à la profession elle-même, règles qui sont presque nulles dans les professions courantes, mais qui deviennent d'autant plus nombreuses et d'autant plus précises que la profession exercée porte elle-même sur une matière plus délicate.

Il doit y avoir des règles de morale spéciales pour les journalistes, qui entraînent si facilement l'opinion ; il y en a pour les hommes de bourse qui peuvent si facilement abuser de l'argent à eux confié ; il y en a, à plus forte raison, pour les médecins, qui peuvent facilement abuser de leur titre et de leur fonction pour spéculer sur l'honneur et sur la santé de leurs clients.

Sans aucun doute, un honnête homme ayant la conscience absolument droite pourra, pour le peu qu'il s'en donne la peine, déduire de la loi naturelle et de la morale générale les obligations spéciales de la morale professionnelle, de la déontologie médicale, mais à la condition expresse qu'il ait la véritable vocation médicale et, par suite, une compréhension exacte des choses de la médecine.

Cela est si vrai qu'il est à peu près impossible de faire comprendre à l'homme le plus honnête, mais qui n'est pas médecin, pourquoi les règles déontologiques s'imposent avec une rigueur absolue à tous ceux qui exercent notre art, sous peine des pires catastrophes dont les médecins ne seraient pas les seuls à souffrir.

Que la médecine ne soit pas un métier comme un autre, mais un art particulièrement délicat à exercer au point de vue moral, et par suite qu'il y ait pour les médecins des règles spéciales de morale professionnelle, j'espère qu'il n'y a pas un seul de nos confrères qui ne l'admette en principe.

Un commerçant d'une probité absolue a le droit de faire connaître à tous ses concitoyens qu'il exerce son commerce à telle adresse, qu'il possède telle spécialité, qu'il vend à des prix inférieurs telle marchandise que l'on paye plus cher chez ses concurrents, et il peut employer pour cela à peu près tous les moyens.

Cette réclame, même intensive, reste un droit absolu pour tous les commerçants, il y a seulement quelques branches du commerce où les règles professionnelles veulent qu'elle soit un peu plus discrète. Il est permis à un commerçant d'user, pour se faire connaître et pour attirer les clients, des affiches multicolores, de la distribution des prospectus, de la quatrième page des journanx et même des hommes-sandwichs.

Or, tous les médecins sont d'accord pour reconnaître que la réclame est interdite par la déontologie pour tous ceux qui exercent honnêtement la médecine.

Nous pourrons un jour rechercher pourquoi cette règle de morale s'impose de façon si absolue aux médecins, alors qu'elle n'est pas nécessaire dans la plupart des commerces.

Mais il nous suffit aujourd'hui de dire qu'elle existe et que tous les médecins, presque sans exception heureusement, le reconnaissent pour établir la nécessité de la déontologie, d'une morale professionnelle spéciale au médecin. Sans aucun doute, dans la pratique, il est un certain nombre de nos confrères qui oublient ce principe, mais la plupart ne nient pas son existence : ils ergotent simplement sur son application, ils discutent pour savoir où commence et où finit la réclame, ils plaident enfin les circonstances atténuantes.

Bien peu nombreux sont encore, à l'heure actuelle, et c'est notre honneur, ceux qui se flattent de leur manière d'agir et la déclarent moralement irréprochable.

Il existe donc des principes qui pourraient former un code de la déontologie. Qu'il soit facile de les condenser tous en quelques formules sans en oublier aucun et qu'il ne soit pas plus malaisé encore de les appliquer toujours à tous les cas particuliers, personne n'oserait le soutenir. Mais de ce que l'application soit difficile, cela ne suffit pas pour nier l'existence des principes.

(G. Lemière, *Journal des Praticiens*, 10 février 1912.)

RÉUNION INTER-SOCIÉTÉS DU 24 MARS 1912

Conformément aux décisions prises lors de l'assemblée générale de l'A. G. S. D. F. du 21 janvier 1912, la réunion inter-sociétés que nous avons annoncée dans notre numéro du 29 février dernier s'est tenue dimanche matin 24 mars, de 9 heures à midi, dans une des salles de la mairie du Xe arrondissement de Paris.

19 Sociétés avaient adhéré.

80 délégués étaient présents.

M. Blatter a ouvert la séance en qualité de président de l'Association organisatrice de la réunion et fait une fois de plus appel à l'union pour la défense des intérêts généraux de la profession.

Il a été procédé à la constitution du bureau de la séance, qui doit rester en fonctions jusqu'après la constitution d'une Commission exécutive composée de délégués des sociétés adhérentes. Ont été nommés :

Président : M. Blatter.

Assesseurs : MM. Franchette, Fourquet.

Secrétaire : M. H. Villain.

Secrétaire adjoint : M. Barden.

Le secrétaire a donné lecture des lettres d'excuses et de la liste des sociétés adhérentes, avec le nombre de leurs membres, le nombre et le nom de leurs délégués.

M. Dupontreué a donné lecture d'un rapport qu'il avait présenté au *Groupe des amis* et formulant une protestation contre la création d'une chaire de stomatologie.

Ce rapport a été approuvé et renvoyé à la Commission exécutive, avec les conclusions, pour être soumis à une revision.

L'assemblée a adopté ensuite l'ordre du jour protestant contre la création d'une chaire de stomatologie qui avait été voté le 9 janvier 1912 par le Conseil d'administration de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris et que nous avons publié dans notre numéro du 15 février dernier, p. 131.

M. G. Villain a résumé le rapport Roy-Villain-Franchette sur l'examen de validation de stage et a donné lecture des conclusions.

Il a été décidé que la Commission exécutive sera composée de 1 délégué par 150 membres de chaque société ou par fraction de 150 membres.

L'heure fixée pour la clôture de la réunion (midi) n'ayant pas permis d'aborder le troisième point de l'ordre du jour, la continuation de la séance a été reportée au dimanche matin 31 mars 1912, à 9 h. du matin au même endroit.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

USURPATION DE NOM

Le tribunal correctionnel de Neuchâtel a condamné à 150 francs d'amende et 63 francs de frais un mécanicien-dentiste nommé A. K. pour infraction à la loi sur la police sanitaire et médicale.

Les médecins-dentistes ont obtenu une partie de leurs conclusions civiles en ce sens que K. doit payer un franc de dommages-intérêts, seule somme réclamée par eux ; mais le président du tribunal n'a pas autorisé l'insertion du jugement dans les journaux.

K. avait pris le titre de dentiste dans un prospectus et s'était intitulé ancien assistant du professeur S., à Zurich, ce qui était inexact. Il était en récidive sur ce point.

Le condamné a recouru en cassation contre ce jugement.

(*Feuille d'avis de Neuchâtel,* 31 janvier 1912.)

MÉCANICIENS ET DENTISTES

On lit dans *La Suisse libérale :*

A propos d'un entrefilet, où nous mentionnions l'arrêt important rendu par la Cour de cassation pénale à l'égard de deux mécaniciens-dentistes condamnés par le Tribunal de La Chaux-de-Fonds, on nous écrit :

« L'Association neuchâteloise des dentistes n'a pas porté plainte contre les techniciens non diplômés qui ont été condamnés par le Tribunal de La Chaux-de-Fonds pour infraction à l'article de la loi sur la police sanitaire. La poursuite a été engagée d'office.

Dans son arrêt, la Cour de cassation pénale après avoir rappelé que le droit pénal doit s'interpréter strictement, prend le considérant suivant :

« Si les dispositions de la loi sur la police sanitaire ne correspon-
» dent plus aux besoins actuels, ce n'est pas en donnant à cette loi
» une interprétation extensive, interdite en droit pénal (Code pénal,
» art. 2), qu'on y peut remédier, mais en revisant la loi même ».

Cette revision a été demandée il y a déjà un certain temps par les médecins-dentistes.

Notre canton est actuellement le seul avec Glaris, Appenzell

(Rh.-Int.), et Bâle-Campagne qui accorde implicitement le libre exercice de la médecine et des professions qui s'y rattachent.

La question de la révision, tout au moins partielle de la loi actuelle, datant de 1875, est posée devant le Conseil d'Etat et devant le Grand Conseil.

Nous pensons qu'il est bon de rappeler la chose pour éviter tout malentendu. »

Dans l'arrêt cité plus haut, la Cour de cassation pénale a cassé un jugement du Tribunal de police de La Chaux-de-Fonds condamnant deux mécaniciens-dentistes pour avoir usé de l'appellation de « cabinet dentaire ».

(*La Suisse libérale,* Neuchâtel, 29 janvier 1912.)

NÉCROLOGIE

M. Brigiotti.

Nous avons le vif regret d'apprendre la mort de notre confrère M. Brigiotti, membre de l'A. G. S. D. F., chevalier de la Légion d'honneur.

L'Association était représentée à ses obsèques et avait envoyé une couronne.

Nous adressons à sa famille nos sincères condoléances.

*
* *

M. Michaëls.

Nous apprenons au moment de mettre sous presse la mort de notre distingué confrère M. Michaëls, membre de l'A. G. S. D. F.

Nous reviendrons dans notre prochain numéro sur le rôle qu'il a joué dans la profession.

Nous adressons à sa famille l'expression de nos sincères condoléances.

*
* *

M. Beltrami.

C'est avec un vif regret que nous apprenons la mort de notre confrère M. Beltrami, de Marseille, membre de l'A. G. S. D. F.

Nous exprimons à sa famille nos sincères condoléances.

*
* *

Notre confrère M. Cavalié, de Bordeaux, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'avoir le chagrin de perdre sa mère, à l'âge de 74 ans.

Nous lui exprimons toutes nos condoléances.

*
* *

Nous apprenons avec regret la mort à Londres de Sir Henry Butlin, président du Collège royal des chirurgiens d'Angleterre, qui avait présidé la séance d'ouverture de la dernière session de la F. D. I.

NOUVELLES

M. Mesureur membre de l'Académie de médecine.

Le président, M. Gariel, en ouvrant la séance du 13 mars 1912, annonce que l'ordre du jour porte l'élection d'un membre de la section des académiciens libres, en remplacement de M. Henry Monod.

La section compétente avait classé les candidats dans l'ordre suivant : en première ligne (ordre alphabétique), MM. Castex, chargé de cours à la faculté de médecine, et Mesureur, directeur général de l'Assistance publique ; en deuxième ligne, MM. Coudray, ancien directeur du laboratoire du professeur Cornil et Valude, médecin à l'hôpital des Quinze-Vingts ; en troisième ligne, MM. Cabanès, directeur de la *Chronique médicale*, et Sollier, directeur du sanatorium de Boulogne-sur-Mer.

A cette liste, sur la demande de plusieurs membres, la Compagnie avait unanimement ajouté le nom de M. Louis Bertrand, médecin général de 1re classe de la marine, inspecteur général du service de santé, correspondant de l'Académie.

L'élection a nécessité deux tours de scrutin. Au premier, le nombre des votants s'élevait à 92, au deuxième à 90. Les voix se sont réparties ainsi qu'il suit :

	1er tour	2e tour
MM. Mesureur	43	54
Castex	19	25
Bertrand	17	8
Valude	13	3

M. Mesureur est déclaré élu.

Ancien conseiller municipal et député de Paris, ancien ministre du Commerce du cabinet Léon Bourgeois, M. Gustave Mesureur est depuis une dizaine d'années directeur général de l'Assistance publique. Il est l'auteur notamment d'importantes innovations ayant trait à l'hygiène des hôpitaux, à l'amélioration du sort des malades dans les cliniques hospitalières et à celui des malheureux dans les refuges d'assistance.

Nous adressons nos plus vives félicitations à M. G. Mesureur, président du Comité de patronage de l'Ecole dentaire de Paris, que nous voyons entrer avec la plus grande satisfaction à l'Académie de médecine, où sa place était indiquée par sa haute compétence dans les questions d'hygiène et d'assistance, à côté de M. Paul Strauss, président de notre Comité de patronage également, qui, on s'en souvient, fut élu à l'Académie le 2 mars 1909.

Ecole dentaire de Paris.

Dans sa séance du 16 mars 1912 le Conseil d'administration de la Société de l'E. et du D. D. P. a voté le principe d'une souscription pour l'aviation militaire et a décidé un premier versement de 100 fr.

*
* *

A la suite d'un concours et par décision du Conseil d'administration en date du 16 mars, M. H. Dreyfus a été nommé professeur suppléant de chirurgie dentaire et M. Rouveix chef de clinique d'anesthésie.

*
* *

Par décision du même jour, M. Smadja a été réintégré dans ses fonctions de démonstrateur ; la démission de M. Gédon en qualité de démonstrateur a été acceptée (en raison de son départ pour La Guadeloupe), et M. Demarquette a été chargé de remplacer M. Gédon.

A. G. S. D. F.

Le Bureau de l'A. G. S. D. F. a voté le principe d'une souscription pour l'aviation militaire et a décidé un premier versement de 100 fr.

Distinction honorifique.

Nous apprenons avec plaisir que notre confrère M. Boyadjeff, de Sofia, membre de l'A. G. S. D. F., a été nommé Officier de l'Instruction publique.

Nous lui adressons nos vives félicitations.

Société d'Odontologie de Lyon.

Notre confrère M. G. Erny, membre de l'A. G. S. D. F., a été élu président de la Société d'Odontologie de Lyon.

Nous lui adressons nos félicitations.

Fête des étudiants.

La fête annuelle des étudiants de l'École dentaire de Paris a eu lieu le mercredi 13 mars 1912 dans la salle des fêtes du *Petit Journal*, à 9 heures du soir, en présence d'une nombreuse assistance.

Le programme comprenait trois parties : un concert vocal, une revue *Et De Profundis!...* et un bal. Le concert, dans lequel se sont fait entendre quelques artistes de talent, a eu un succès mérité. La revue, pleine d'entrain, a été jouée avec verve et brio ; quant au bal, il a été des plus animés et a duré jusqu'au matin.

En résumé soirée très réussie, dont il y a lieu de féliciter les organisateurs.

Exposition anglo-latine de Londres.

Une Exposition anglo-latine aura lieu à Londres de mai à octobre 1912 ; elle comprendra une section française.

Exposition de Dunkerque.

Une Exposition internationale aura lieu à Dunkerque de mai à septembre 1912 ; elle comprendra 17 groupes subdivisés en 39 classes.

Congrès odontologique suisse.

Le prochain congrès odontologique suisse aura lieu à Zurich les 7, 8 et 9 juin 1912.

Accident d'automobile.

Un terrible accident d'automobile s'est produit le 17 mars vers cinq heures, à Cuges, sur la route nationale de Toulon à Marseille.

Une automobile, dans laquelle se trouvaient quatre personnes, a été projetée dans un fossé bordant la route. L'un des voyageurs, M. Ferret, dentiste à Marseille, rue Saint-Ferréol, a été tué net. Sa femme et son beau-frère, M. Léon Nathan, négociant à Marseille, qui conduisait, ont été grièvement blessés.

Mme Nathan est dans un état désespéré.

Les victimes, aperçues par des touristes, ont été secourues peu après et transportées à l'hôpital d'Aubagne.

(*Paris-Journal*, 18 mars 1912.)

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS DE PARIS

Union corporative des anciens étudiants et étudiants en chirurgie dentaire. Section dentaire de l'A.

Scrutin du 16 mars 1912.

1° Election d'un délégué au Comité de l'Association générale des étudiants de Paris.

Sur 82 inscrits et 68 votants M. Doucedâme a obtenu 67 voix (élu).

2° Renouvellement annuel du Comité de l'Union corporative (19 SIÈGES).

Ont été élus : MM. G. Fourquet, Lacour, Persenot, Delmas, Cantegrel, Liottier, Katz, Stammerjohann, Capuron, Gelly, Berhard, Issalis, Muszlak, Cayron, Fiévet, Laüfer.

Le 2e tour de scrutin a eu lieu le 23 mars, au siège social, 13-15, rue de la Buchérie, Maison des étudiants.

32e ANNÉE. N° 7 15 AVRIL 1912 VOL. XLVII

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉTUDE SUR LES CAUSES DE LA MIGRATION DES DENTS EN AVANT VERS LE MILIEU DU MAXILLAIRE

Par le professeur FRANZ TRAUNER, de Graz.

Je divise les forces qui provoquent l'éruption des couronnes formées dans le maxillaire et qui amènent leur disposition en une rangée de dents régulière en forces repoussantes et en forces disposantes. Il n'y a pas de différence entre la migration des dents qui ont déjà fait éruption qui les amène à leur place exacte dans l'occlusion et le mouvement des dents qui se produit immédiatement en cas de trouble dans l'articulation jusqu'à ce qu'elles aient repris une place d'équilibre.

Angle dit dans son *Traitement des anomalies d'occlusion des dents*, 1908, au chapitre « *Forces qui régissent l'occlusion normale* »:

« Les dimensions, la forme, les surfaces d'occlusion et la position des dents dans les arcades dentaires sont telles qu'elles s'offrent le plus grand appui, séparément et en commun dans tous sens.

» L'occlusion des cuspides les empêche de glisser, c'est-à-dire amène les dents dans leurs positions exactes.

» Le maxillaire inférieur sert de modèle au supérieur.

» La pression des muscles, de la langue en dedans, des joues et des lèvres au dehors règle la largeur des maxillaires.

» Ces forces qui maintiennent l'harmonie entretiennent aussi l'inharmonie. »

Zsigmondy (*Principes de la structure du maxillaire de l'arcade dentaire anormale*, 1909), distingue : 1° les forces physiologiques intérieures qui régissent la période primitive de développement ; 2° les forces mécaniques extérieures qui n'agissent qu'après l'éruption des dents. Les exceptions à la règle intéressent ou le procès alvéolaire et les dents ou toute la base du maxillaire.

« La dentition de lait, complètement développée, dit-il, est rarement anormale ; les dents sont placées perpendiculairement (sans être inclinées vers le dehors comme dans la dentition permanente) ; leurs couronnes ne font pas un arc plus grand que les racines. »

Tomes dit dans le *Système de Dentisterie*, 1861, p. 61 : « La position des dents temporaires dans les mâchoires diffère de celle des dents permanentes en ce qu'elle est absolument verticale. Les couronnes ne sont pas dans les arcades dentaires plus en avant que leurs racines ; la couronne de chaque dent est au-dessus ou au-dessous de ses racines suivant le cas, et celles-ci sont immédiatement devant l'une ou l'autre des dents permanentes. Si l'on examine le maxillaire parfaitement développé d'un individu qui n'a pas encore ses premières molaires permanentes, mais chez lequel toutes les dents sont parfaitement développées on trouve que ces dernières sont un peu séparées.

Les divers auteurs distinguent par le nom de *mouvantes* une série de forces dont l'importance et l'étendue sont appréciées diversement.

Kunert, dans le *Redressement automatique de la denture*, énumère les forces suivantes : résistance des os, pression atmosphérique de la mastication et du maxillaire, inférieur, pression des joues, pression des parties molles et de la langue, et range en première ligne les divers genres de pression atmosphérique. De plus il fait remarquer que le résultat s'explique moins par la puissance de la force que par la durée de son effet.

Körbitz rattache la formation mécanique de la denture, du maxillaire supérieur surtout à la pression passive des parties molles, à la pression active des muscles et à la pression atmosphérique.

Herbst, dans son *Atlas et exposé de l'orthopédie dentaire,* 1910, définit les forces ainsi : pression du maxillaire inférieur sur le supérieur, pression de la mastication (qui s'exerce principalement dans la dilacération et le broyage des aliments et a pour conséquences le changement de position des dents), la langue, les lèvres, les joues, la pression des tissus lors de l'éruption et la pression atmosphérique.

La pression de la mastication maintient l'équilibre articulaire comme Godon l'a qualifié.

Godon émet les idées suivantes à cet égard dans ses *Considérations sur l'action mécanique de la mâchoire et ses applications à l'art dentaire :*

« Pour conserver les dents à l'état sain et le fonctionnement parfait des maxillaires pendant la mastication, il est absolument nécessaire de conserver ou de rétablir l'équilibre articulaire des dents dans les arcades dentaires et la perfection de leur engrènement normal dans les divers mouvements du maxillaire. Les mouvements principaux des maxillaires humains pendant l'acte masticatoire sont :

1° Le mouvement d'élévation et le mouvement d'abaissement ou occlusion normale ;
2° Le mouvement de propulsion et de rétropulsion ;
3° Le mouvement de diduction ou de latéralité vers la droite ;
4° Le mouvement de diduction ou de latéralité vers la gauche ».

Après s'être expliqué sur les facteurs concourant à l'articulation, Godon examine la façon dont chaque dent se comporte dans le maxillaire à l'égard de sa voisine et de son antagoniste : « Les faces de contact mésio-distales et disto-mésiales des dents voisines sont de simples articulations de contact et peuvent être comparées à des articulations à billes ; celles-ci et l'articulation occlusale ou inter-arcade placent la dent sous une action compliquée, mais cependant dans un équilibre parfait. La construction du parallélogramme des forces représente graphiquement son idée. Nous nous en occuperons plus loin plus minutieusement ».

Après avoir recouru au dessin pour la première molaire seulement, Godon ajoute :

« On peut appliquer cette construction naturellement à toutes les dents du maxillaire, même pour celles du devant ».

Wiessner (*Action de la force mécanique sur les dents,* 1908) dit :

« La fonction des dents est, au point de vue physique, celle de la machine la plus simple, le levier. La prédominance d'une composante nuit à la dent et à l'alvéole et cause la maladie de la dent ».

Au début de ses déductions, Wiessner signale la tendance de chaque dent à prendre sa place aux dépens de sa voisine et à se déplacer vers le milieu ou en avant et à fermer l'arcade dentaire le plus possible vers le dedans, sans approfondir la question.

Récemment Turner, dans *le mouvement normal des dents restant après l'extraction,* s'est occupé du mouvement des molaires en avant et de leur perte d'équilibre, qu'il attribue, comme la migration des prémolaires inférieures vers l'arrière, à l'action des muscles des joues. En outre, il fait remarquer que, dans le maxillaire supérieur, après extraction prématurée de la 2ᵉ prémolaire ou de la 2ᵉ molaire de lait, toutes les molaires permanentes se déplacent en avant ; et que, après l'extraction de la première prémolaire, il semble y avoir une tendance au mouvement en avant ; mais qu'après l'extraction précoce de la première molaire de lait, la deuxième molaire ne s'avance pas en avant.

Au maxillaire inférieur la première molaire permanente, après extraction précoce de la deuxième molaire permanente, ne recule que fort peu ; après extraction précoce d'une deuxième molaire de lait ou d'une deuxième prémolaire, les dents de derrière ne se meuvent pas en avant comme au maxillaire supérieur, elles basculent en avant, mais les dents antérieures se meuvent vers l'arrière.

Il semble y avoir au maxillaire supérieur une tendance au déplacement en avant des molaires ; au maxillaire inférieur, au déplacement en arrière des dents antérieures (prémolaires, peut-être aussi canines) principalement de la

deuxième prémolaire et, à un moindre degré, de la première molaire.

Un autre mouvement dépendant de la croissance du maxillaire, c'est l'élongation d'une dent après disparition de l'antagoniste, avec inclusion fréquente. L'articulation empêche quelquefois le déplacement des autres dents, et parfois le favorise. La perte d'équilibre des prémolaires doit être attribuée en partie à la force de mastication, celle des molaires aussi.

Indépendamment des forces énumérées, il paraît en exister une autre, qui est indéfinissable, mais qui agit en rétablissant l'ordre des dents contenues dans les os et qu'on perçoit peut-être le mieux dans les maxillaires d'une dimension inférieure à la normale : c'est le rétablissement de la tension intra-osseuse.

L'éruption précoce d'une troisième molaire inférieure provient peut-être du soulèvement en avant de la deuxième molaire, qui a pour effet de la *désinclure* pour ainsi dire, ce qui ne permet pas de la considérer tout à fait comme la conséquence du rétablissement de la tension osseuse.

Eckermann (de Malmö (Suède), dans une publication de 1908, intitulée : « Le problème de la canine et le mouvement de la prémolaire », constate ce qui suit : La canine s'efforce activement de prendre la place de l'incisive latérale par une simple disposition naturelle. Ce qui est en apparence inexplicable, c'est que la canine, en même temps, avant que la dégénérescence soit intervenue, agisse mésialement. En réfléchissant on voit que la canine est justement le moyen naturel d'éloigner l'incisive.

Zielinsky (*Suspension de la première molaire permanente derrière la dentition de lait*, 1910) et *Développement des maxillaires et des dents et leurs rapports avec l'acte masticatoire* (1908), après de longues considérations sur l'action des pressions intérieures et extérieures lors de l'éruption des dents, aborde la formation mécanique des dents et les facteurs indiquant la direction : les molaires supérieures trouvent dans leur éruption dans le procès

ptérygoïde, qui est placé médianement par rapport à leur lieu d'éruption, une résistance si forte qu'elles sont contraintes de se placer un peu à gauche et vers le dehors ; les molaires inférieures rencontrent la résistance dans la ligne oblique externe et sont conduites vers le dedans.

Ce sont les premières molaires et les canines qui jouent le plus grand rôle dans la formation de la denture. Les bicuspides, qui ont besoin de moins de place comme les 1re et 2e molaires de lait qui les ont précédées, se logent aisément dans l'intervalle entre la canine et la 1re molaire. Déjà avant l'éruption de la molaire de 6 ans il se forme des vides entre les dents antérieures de la dentition de lait, ce qui fait de la place aux couronnes des dents de remplacement. A cette époque il existe alors deux centres de pression, l'un à l'extrémité de l'arcade dentaire de lait, produit par la molaire qui s'avance, l'autre dans la région des incisives, dans une direction opposée à la première. Entre les deux survient plus tard la canine qui parvient plus aisément, en raison de ses fortes proportions, à surmonter les obstacles, et achève ainsi la fermeture de l'arcade.

Zielinsky ajoute que la dentition de lait se termine verticalement vers l'arrière par la 2e molaire de lait, de sorte que la 2e molaire de lait supérieure n'articule qu'avec une antagoniste et que sa surface distale est fortement voûtée. Cette surface sert de plan directeur pour la première molaire permanente.

La 1re molaire inférieure opère peu après l'éruption des bicuspides une migration nuisible vers le côté mésial.

Pour le contact fermé des dents dans chaque arcade dentaire il y a donc avant tout 3 points déterminants : 1° la pression de croissance des molaires permanentes contre la partie de l'arcade maxillaire placée devant elles ; 2° la pression des parties molles sur la portion antérieure de l'arcade dentaire ; 3° la direction de la pression de l'articulation du maxillaire inférieur contre la rangée de dents supérieure.

Les prémolaires doivent être considérées, à cause de leur petit diamètre, comme des facteurs indifférents ; le point fixe

où se rencontrent et s'annulent les deux forces opposées est la canine.

Le mouvement de direction du maxillaire inférieur contre la rangée de dents du haut est principalement dirigé en avant, avec un déplacement latéral. En cas de troubles d'éruption ces forces, latentes d'ailleurs, se manifestent ; par exemple si la molaire inférieure manque, les prémolaires insférieures reculent ; si l'éruption de la canine est retardée, les prémolaires et molaires supérieures du haut sont repoussées en avant.

En terminant Zielinsky examine le rôle de la langue, des joues et des lèvres et leurs muscles. La pression la plus forte réside dans la partie molle du maxillaire inférieur qui renferme les molaires inférieures ; dans la position d'occlusion passive, au repos et dans chaque mouvement de glissement, les arcades dentaires ont tant de points de contact que chaque dent est en équilibre et qu'aucun organe ne peut être surchargé.

Telles sont les manières de voir des auteurs. Je vais essayer d'y ajouter quelque chose, moins pour les critiquer que pour en dégager de nouveaux résultats.

Godon formule ainsi les principes fondamentaux de l'équilibre articulaire (surtout dans la région des molaires)[1] :

Fig. 1. — Dans les arcades dentaires complètes il se produit des agissantes horizontales et verticales, qui doivent prendre naissance dans l'occlusion ; l'équilibre est établi.

Fig. 2. — La contre-pression d'en haut fait défaut ; la dent sort de l'alvéole.

Fig. 3. — En l'absence de la voisine mésiale la molaire s'incline sur le devant.

Fig. 4. — En l'absence de la voisine distale la molaire s'abaisse vers l'arrière, pourvu que la molaire soit au repos dans la position verticale, et que son centre de gravité soit dans le milieu de son plan d'appui.

---

1. V. ces 4 figures dans les articles de M. Godon : « Considérations sur l'action mécanique de la mâchoire et ses applications à l'art dentaire » *L'Odontologie*, 15-30 décembre 1905, 15 février-30 mars, 15-30 août 1906 et « Les lois de l'équilibre articulaire de dents et des arcades dentaires » *L'Odontologie*, 15 octobre 1909.

La tendance à s'incliner ou à se porter en avant ne réside donc pas, d'après Godon, dans la dent elle-même; mais elle est détruite par des forces dirigées diversement et doit théoriquement se manifester également mésialement et distalement.

Mais il n'en est pas ainsi ; nous voyons dans la région des molaires l'inclinaison et le mouvement en avant seulement, mouvement distal artificiel d'une dent (sauf les bicuspides) avec les plus grandes difficultés, quelquefois insurmontables, qui ne se produisent jamais pour les molaires inférieures.

Pour expliquer ces phénomènes nous ne partageons pas les idées de Godon et nous recourons pour cela à la forme anatomique des dents. Il existe trois signes généraux particuliers à toutes les dents permanentes à un degré plus ou moins marqué :

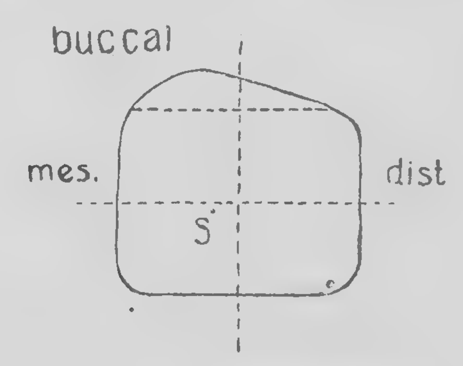


Fig. 5. — S. Centre de gravité.

1° Le signe de la courbure, 2° le signe de l'angle, 3° le signe de la racine.

Courbure. — La face buccale ou labiale est plus fortement courbée dans sa moitié mésiale que dans sa moitié distale. La courbure n'est donc pas demi-circulaire ni elliptique, mais parabolique (V. fig. 5) qui représente schématiquement une molaire en section transversale avec la moitié de la hauteur de la couronne comme rectangulaire. Autrement dit : la dent est dans sa moitié antérieure plus profonde et plus massive que dans sa moitié postérieure ; le centre de

gravité de la couronne se trouve donc en avant de la ligne médiane mésio-distale.

Angle. — L'arête latérale mésiale des incisives forme avec la face tranchante un angle aigu ou presque droit ; l'arête latérale distale passe en forme d'arc dans la face tranchante, et par suite elle est arrondie.



Fig. 6. — Incisive avec le signe de l'angle nettement formé.

J'ajoute, comme analogue des unions multicuspidées, que toute leur face mésiale est plane ou concave, la face distale est plus ou moins convexe, d'où résulte un angle plus aigu de la face latéro-trituro-mésiale par rapport à l'angle distal (fig. 6, 7, 8).

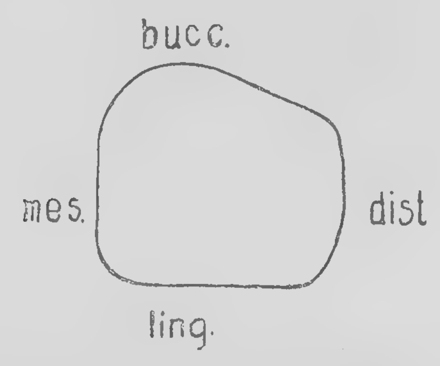


Fig. 7. — Section transversale d'une molaire inférieure ayant la moitié de la hauteur de la couronne avec face latérale mésiale faiblement concave et face latérale distale convexe.

Quant à l'importance pratique, comme lors du contact de la face distale d'une dent avec la face mésio-proximale de sa voisine d'arrière, une face convexe heurte une face concave, on peut, comme le fait Godon, parler d'articulation de contact avec jointure sphérique ou hémisphérique.

Les figures ci-jointes montrent cela et font voir que cela entraîne le déplacement des dents l'une contre l'autre dans

une direction bucco-linguale de la dent d'arrière vers la dent d'avant (fig. 9 et 10). Avec des faces de contact planes la position exacte des dents et la compensation des différences en cas de luttes entre les dents ne seraient pas possibles.



Fig. 8. — Molaire supérieure vue buccalement avec angle mésial plus aigu.

Signe de la racine. — L'axe longitudinal de la dent ne s'écarte pas verticalement de la face tranchante ou triturante, mais du côté qui appartient à la dent, c'est-à-dire du côté distal. Cette inclinaison est souvent accentuée encore par une courbure des racines dirigée dans le même sens. Cela veut dire que la couronne de la dent n'est pas repoussée concentriquement au-dessus de la racine et de sa surface d'appui, mais devant la face mésiale, ce qui occassionne un nouveau déplacement du centre de gravité de toute la dent en avant.

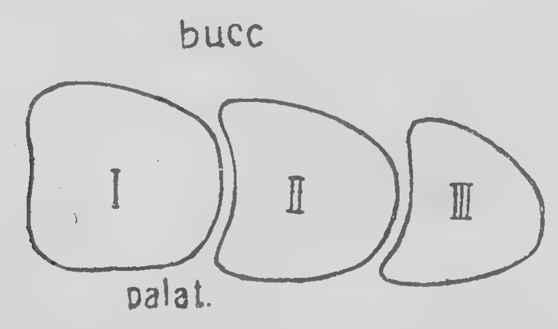


Fig. 9. — Schéma d'une articulation de contact régulière entre molaires.

Dans les figures 11 *a* et 11 *b* représentant la région des molaires du maxillaire inférieur la ligne du centre de gravité est indiquée avant la face d'appui.

Les signes de courbure et de la racine sont l'expression théorique de ce fait que le centre de gravité de la 2[e] denti-

tion se trouve dans la moitié mésiale. Je propose pour cela le mot *gravitation en avant* et je distingue, suivant le cas,

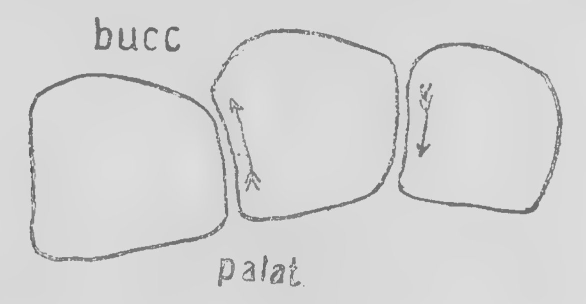


Fig. 10. — Schéma d'un mouvement compensateur dans le sens bucco-palatal ou lingual.

des dents gravitant plus ou moins en avant, c'est-à-dire diverces espèces de dents.

Il faut y ajouter une particularité qui se remarque surtout aux molaires inférieures ; la couronne diminue de hauteur

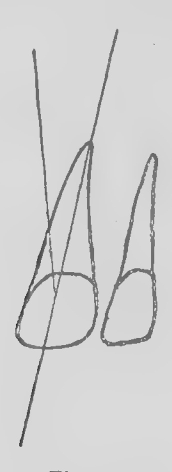


Fig. 11 *a*.

du sens mésial au sens distal, de sorte que la masse de la dent est réduite de même dans sa partie distale et la gravitation en avant est aidée. J'ajoute cette particularité comme un 4ᵉ signe.

Les dents de lait, au contraire des dents permanentes, ne présentent pas de gravitation en avant. La couronne d'une dent est au-dessus de ses racines (Tomes); les couronnes ne

forment pas un arc plus grand que les racines (Zsigmondy); il leur manque à cause de cela une tendance au contact intime avec la voisine mésiale ; elles restent par contre amovibles dans le maxillaire pour se reculer l'une de l'autre avant l'apparition des dents de remplacement dans la rangée et n'opposer aucune résistance au déplacement parallèle vers l'axe.

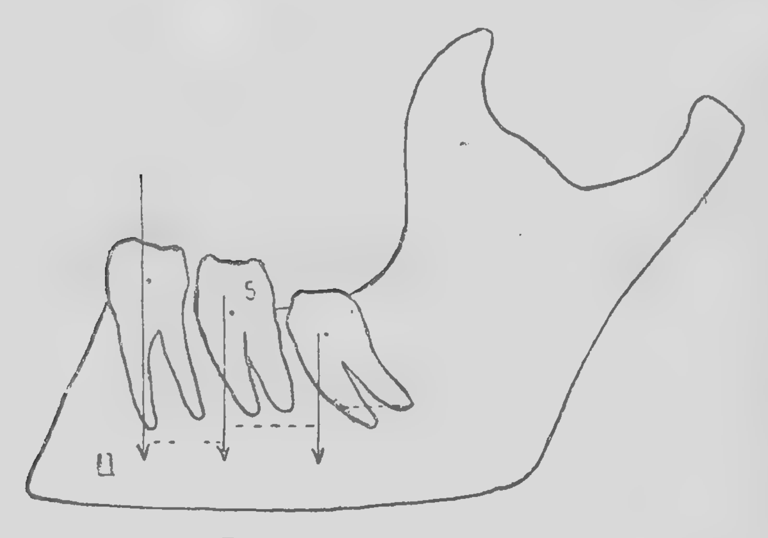


Fig. 11*b*.

V. Plan d'appui. — S. Centre de gravité avec ligne du centre de gravité.

Les molaires inférieures de 6 ans qui reculent se comportent contrairement aux dents de lait et sont prêtes à occuper l'espace libre. (Centre de pression en arrière d'après Zielinsky.)

Je me représente le mécanisme de la gravitation en avant comme composé de deux éléments : d'abord la dent suit son centre de gravité et s'efforce de se placer dans le maxillaire comme les lois de la pesanteur l'exigent. L'alvéole jeune peu résistant ne peut résister à une action durable ; la dent libre de mastication, qui est seule, et dont le centre de gravité est dans la moitié antérieure, sera disposée à se tenir vers l'avant.

Quand l'antagoniste a fait éruption et que la dent déjà

présente (la 1[re] molaire inférieure principalement) qui sert d'enclume est touchée au bras de levier antérieur plus long

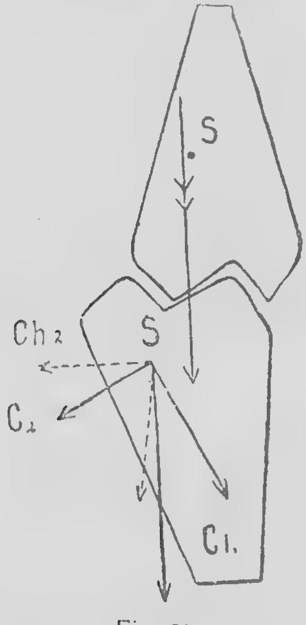


Fig. 12.

et plus lourd, la gravitation en avant est augmentée un certain nombre de fois, elle est multipliée.

Si je représente (fig. 12) la pression de mastication exercée en direction verticale à partir de la dent du maxillaire supérieur, cette force se décompose naturellement au centre de gravité de la dent inférieure en deux composantes : l'une (n° 1) parallèle au bord mésial, qui est reçue et paralysée par le maxillaire ; l'autre (n° 2) perpendiculaire sur la première, qui essaye de faire pointer la dent en bas et en avant. Si la dent antérieure manque, cette force a son plein effet et, si la voisine résiste, elle demeure horizontale, partielle et dirigée en avant (Composante Ch. 2 — Composante horizontale 2). Si je considère la composante 2 comme une force indépendante, je puis la décomposer à nouveau en deux forces partielles : l'une verticale, l'autre horizontale, qui est seule efficace. Dans la figure ce parallélogramme secondaire des forces est pointillé. Aux molaires inférieures (pour la 2[e] et

la 3e il en est comme pour la première), qui présentent à un haut degré toutes les caractéristiques de la gravitation en avant il y a lieu d'ajouter l'action du centre de gravité et

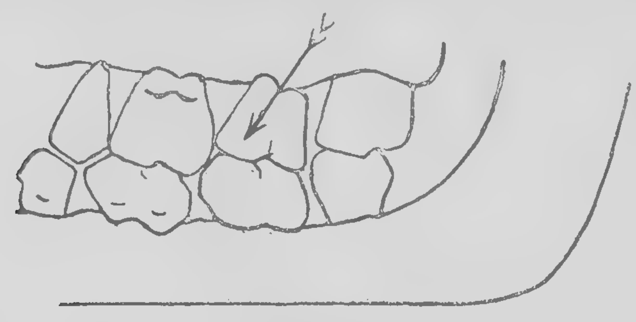


Fig 13 *a*.
L'occlusion, d'Angle.

la pression masticatoire (action du levier au grand bras antérieur), qui donnent à ces dents une position dirigeante.

Si nous passons du schéma à la nature nous trouvons en

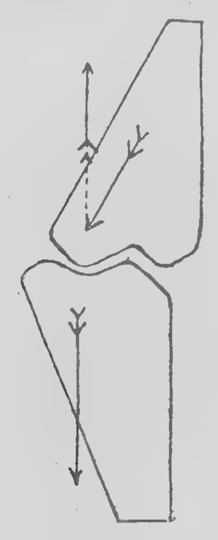


Fig 13*b*.

outre ce que la fig. 13 *a* et *b* (d'après Turner) représente clairement. La pression de la dent du haut sur celle du bas ne se produit pas verticalement, mais en avant vers le bas ; aussi devons-nous rectifier notre schéma dans ce sens dans la suite de notre étude.

En résumé je soutiens encore une fois que la structure de gravitation en avant de la molaire inférieure donne par elle-même à celle-ci la tendance à fléchir et à se déplacer mésialement. La pression de la mastication augmente cette tendance.

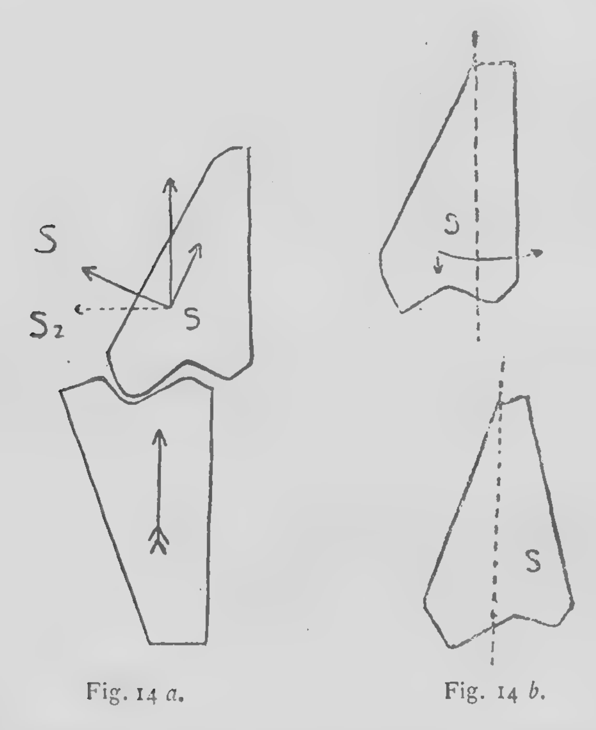


Fig. 14 *a*. Fig. 14 *b*.

Pour apprécier la pression sur la molaire supérieure il nous faut tourner notre dessin du parallélogramme des forces de 180° seulement. La pression de la mastication pousse celui-ci vers le haut et en avant avec la même force qui fut exercée sur la dent inférieure. (Les actions de deux corps l'un sur l'autre sont toujours égales et dans des directions opposées. Newton, 3e loi de la gravitation).

La fig. 14 *a* représente le mode d'action de la pression masticante en position verticale.

Mais si nous supposons la molaire supérieure sans vis-à-vis, c'est-à-dire se tenant seulement sous l'action de son propre poids dans le maxillaire, c'est-à-dire suspendue en avant, elle devra s'efforcer d'amener son centre de gravité (S) dans

la verticale qui passe par son point de suspension, c'est-à-dire dans son plan d'appui, et ne viendra au repos en bas et en arrière qu'après un mouvement de pendule.

Ce mouvement distal opposé au mouvement en avant réduit un peu les composantes horizontales SS. Si l'antagoniste manque, il se produit sous forme de prolongement et de pointage distal léger de la molaire supérieure, dans le cas contraire il est trop faible pour opposer une résistance déterminante au surcroît de pression mésiale.

De ce jeu des forces résulte la nécessité que la molaire supérieure trouve une antagoniste dans son mouvement, pour qu'elle ne prenne pas déjà une position trop défectueuse, et la nature assure rapidement la succession juste de l'éruption.

Je ne saurais pour le moment formuler aucun jugement définitif sur les causes pour lesquelles le pointage en avant des molaires inférieures est combiné la plupart du temps



Fig. 15. — Section transversale de l'articulation.

avec une inclinaison du côté lingual ; toutefois je crois les trouver dans la résistance de la ligne oblique externe (Zielinsky) et dans la pression des molaires supérieures dirigée obliquement en dedans qui forment l'arcade large du côté buccal, comme dans la fig. 15. En cas d'inclinaison linguale cette pression qui agit verticalement ne suffit naturellement pas pour déterminer cette position défectueuse.

Ce qui a été dit des molaires s'applique aux canines en général. Elles cherchent à prendre la place qui leur est affectée avec un fort mouvement vers le côté mésial et sont empêchées de faire un mouvement trop grand par l'intermaxillaire (suture maxillaire) et parce que les incisives sont

déjà en place. Les canines ont une forte gravitation en avant et présentent presque toujours les 4 signes principaux.

J'adopte complètement les idées de Zielinsky sur la formation d'un centre de pression en avant par suite de l'entrée des canines dans la rangée de dents.

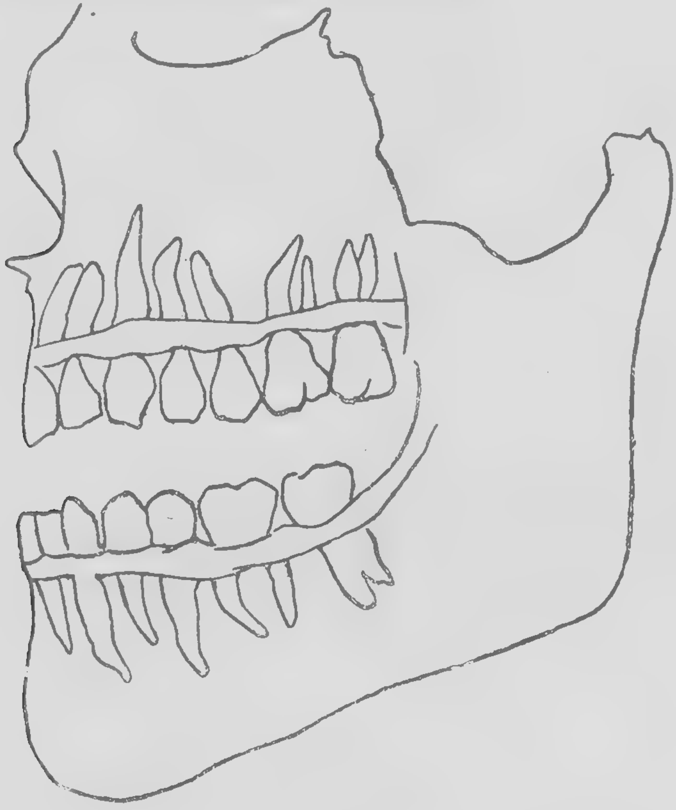


Fig. 16.

Quant aux dents antérieures, l'action des forces se complique de l'influence considérable de la pression des lèvres et de la langue, que Wiessner a remarquablement décrite. J'y ajouterai que les incisives ont une tendance à un déplacement mésial, en raison de leur structure ; mais cette tendance n'est pas si forte qu'elle soit en état de surmonter un obstacle mésial, par exemple un frein central et de s'opposer à la pression de la canine. L'influence de la canine est très visible, comme on peut le constater journellement dans les troubles de l'arti-

culation et elle se manifeste comme centre de pression non seulement en arrière, mais encore en avant sur les incisives.

Les bicuspides se comportent tout différemment. Outre qu'elles subissent souvent des rotations sur l'axe longitudinal, elles sont plus sujettes à une perte de l'équilibre et à une migration vers le côté distal. Chez les bicuspidées on constate aussi fréquemment l'absence de gravitation en avant. Le signe de la courbure est souvent marqué en sens inverse (de telle sorte que maints auteurs considèrent comme la règle cette inversion) ; la racine courte, souvent droite et étroite, offre peu de résistance aux influences déviatrices et la proportion de la longueur de racine et de couronne est dénaturée au profit de la couronne. Si alors le centre de gravité de la dent tombe dans la ligne médiane ou même dans la moitié distale (fig. 16, empruntée à *l'atlas de Witzel, Développement des maxillaires et des dents chez l'homme*), la légère amovibilité s'explique.

On peut donc employer l'expression *se frayer un chemin à travers les dents.*

Je ne crois pas me tromper en recommandant ces considérations aux orthodontistes. De même que les dents de différentes catégories diffèrent notablement l'une de l'autre, de même la structure de chaque dent exige un traitement spécial de chaque chirurgien-dentiste ; par exemple les molaires avec forte gravitation en avant serviront mieux de points d'appui pour les appareils de redressement que les dents à racine droite et à couronne placée concentriquement au-dessus et la courbure des racines de biscupides et des couronnes sera plus exactement déterminée.

A ce point de vue les rayons X seront d'un puissant secours comme élément de pronostic au début du traitement.

C'est intentionnellement que j'ai laissé de côté les idées courantes sur la pression atmosphérique des parties molles, la pression des muscles, etc. et l'action d'échange entre les particularités de structure des dents et les influences de l'articulation des condyles, sans que je conteste ou que je néglige ces théories.

LA PRISE DE L'ANTAGONISME

Par H. LÉGER-DOREZ.

(Communication faite à la Société d'Odontologie, le 5 mars 1912.)

L'installation de bridges sur bagues fendues exige, on ne saurait le nier, des préparations délicates et une très grande précision dans la prise de l'antagonisme des mâchoires.

Nous nous garderons bien, malgré l'habitude acquise, d'énumérer tous les procédés employés. Ces procédés sont trop nombreux et chacun tient au sien. Nous nous bornerons à faire une importante remarque sur le milieu naturel où s'accomplit cet acte, afin de démontrer l'utilité et peut-être l'avantage du procédé que nous allons exposer.



Fig. 1.

La bouche présente deux terrains absolument différents : les dents, la muqueuse ; les premières, solides, capables de peu d'enfoncement, dérangement ou déformation immédiate ; la muqueuse, au contraire, mobile et capable d'un enfoncement assez considérable. Cette remarque faite, nous conclurons qu'une bonne articulation doit être prise de façon aérienne.

Aérienne, en ce sens que les parties molles ou muqueuses, quand il s'agit de bridges, ne doivent jamais servir d'assises à la base de la substance à « imprimer » par la pression des mâchoires.

Voici comment nous réalisons ce problème simple, mais que nous croyons intéressant, de la bonne prise de l'antagonisme des deux mâchoires.

Lorsqu'il s'agit de bridges, l'antagonisme à prendre n'intéresse le plus souvent que la moitié de la mâchoire. Nous découpons donc dans une feuille de papier mince, mais quelque peu rigide, une bandelette en forme de semi-fer à cheval de 1 centimètre 1/2 environ de large et de longueur capable d'aller de la dernière molaire à l'incisive centrale (fig. 1). Sur la flamme d'une lampe à alcool, nous ramollissons du stents neuf, dont nous prélevons un petit bourrelet que nous amincissons entre les doigts à l'épaisseur de deux millimètres environ (fig. 2). Cette bandelette est appliquée à chaud et bien à plat sur le semi-fer à cheval de papier, le couvrant entièrement sur une face. La même préparation est faite sur l'autre face. Nous avons en ce

moment sous les yeux une façon de « sandwhich » dont le papier serait la chair comestible, et les deux morceaux de stents les tranches de pain (fig. 3).

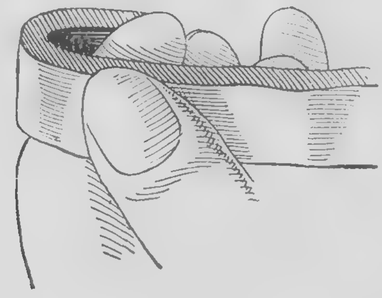


Fig. 2.

Le petit ensemble réchauffé est appliqué délicatement sur les faces triturantes dont on désire obtenir les points de rapport, et le malade est invité à fermer la bouche aussi fortement que possible et à maintenir la bouche ainsi fermée. Quelques seringuées d'eau froide projetées sur le côté intéressé en écartant seulement les lèvres sont aspirées de l'autre côté de la bouche par la pompe à salive placée dans le sillon gingivo-labial au niveau des molaires opposées. Lorsque le stents est absolument durci, la bouche est ouverte, et le « sandwhich » de stents retiré pour être transporté sur l'empreinte au plâtre sur laquelle le travail de montage doit s'effectuer.



Fig. 3.

Ce procédé des plus simples n'a, que je sache, jamais été décrit ; il permet cependant de prendre avec la plus grande exactitude les rapports des mâchoires entre elles. La très bonne réussite sera en raison inverse de l'épaisseur du stents employé à recouvrir la bandelette de papier ; plus l'antagonisme sera pris de façon aérienne et refroidi dans la bouche, meilleur en sera le résultat.

Ainsi comprimée entre deux feuilles minces de stents, la feuille de papier donne à l'ensemble une rigidité très grande ; quant à l'impression des cuspides des dents dans ces conditions, elle est des plus précises, et permet d'obtenir un antagonisme inverse de la plus haute précision, partant un bon travail, surtout si les modèles sont raccordés sur de petits articulateurs dits anatomiques.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

SUR UN NOUVEL ANESTHÉSIQUE LOCAL

Par E. GROSJEAN.

La question des anesthésiques locaux est d'actualité. Elle le fut en 1905 lors de la découverte du premier produit synthétique par Fourneau. Depuis cette époque elle est demeurée à l'ordre du jour, la voie tracée en France ayant été suivie en Allemagne et la stovaïne remplacée par l'alypine puis par la novocaïne.

Alypine et novocaïne appartiennent à la famille de la stovaïne ; ces trois corps ne diffèrent que par quelques points de détail, le chimiste pouvant passer de l'un à l'autre avec la plus grande facilité.

La découverte de Fourneau a eu un double mérite, celui de conduire à la préparation de nouveaux produits dont la liste peut s'allonger indéfiniment et celui de permettre d'établir une classification rationnelle des anesthésiques locaux, classification basée sur leur composition chimique.

On peut ainsi les ranger en deux groupes :

1° Groupe appartenant à la famille de la cocaïne ;

2° Groupe appartenant à la famille de la stovaïne.

Ce dernier groupe faisant partie des amino-alcools et ne possédant pas de noyau pipéridinique.

Dans le groupe de la cocaïne on range un certain nombre d'alcaloïdes de la feuille de coca possédant également des propriétés anesthésiques (Tropacocaïne) ou bien provenant d'alcaloïdes antagonistes (Eucaïnes résultant du dédoublement de l'Ecgonine).

La cocaïne est extraite des feuilles de la coca (Erythroxylon-Coca), arbre abondant en Bolivie et dans certaines localités des Andes, du Pérou, de la Nouvelle Grenade et de la République Argentine.

Depuis un temps immémorial les indigènes des Andes utilisaient les feuilles de coca comme masticatoire pour faire de longs voyages en n'emportant qu'une très faible quantité de nourriture. Les Espagnols au moment de la conquête en ont trouvé l'usage établi et reconnu qu'effectivement la vertu de ces feuilles serait d'abolir la faim et la soif.

L'expérience a prouvé depuis que cette suppression était provoquée par l'anesthésie du tube digestif, anesthésie due au principe actif de la feuille de coca, la cocaïne.

On attribue la découverte de cet alcaloïde à Niemann ; mais d'après Krapp, de New-York, elle serait due à Gardeke, qui l'aurait

isolée pour la première fois en 1855 sous le nom d'erythroxyline. L'étude chimique de ce principe, que l'on nomme aujourd'hui cocaïne, a été reprise par Niemann et développée par Wœhler et Lossen.

Physiologie de l'action cocaïnique. — La cocaïne a fait l'objet de nombreuses recherches physiologiques. Von Schroff, de Vienne, paraît être le premier qui ait entrepris des travaux dans ce sens, En 1862 il reconnut que cinq centigrammes de cocaïne administrés à des lapins exerçaient une action sur leur poids et une mydriase de courte durée. La même dose en injections sous-cutanées produisait la mort après des convulsions épileptiformes. Sur les grenouilles une dose de deux milligrammes était mortelle.

En 1863, Frohmuller fit l'observation suivante : trois milligrammes de chlorhydrate de cocaïne n'exercent aucune action sur l'homme ; dans quelques cas on observe cependant, avec cette dose, une accélération du pouls et de la respiration ; mais ces phénomènes sont de courte durée.

En 1869, Koller fit connaître qu'une solution à 2 o/o de chlorhydrate de cocaïne appliquée sur l'œil produit une sensation de brûlure, les paupières s'écartent et la cornée devient insensible pendant 10 minutes; la sensibilité revient progressivement et est complète après quelques heures.

A la suite de nombreuses expériences faites sur les animaux Vulpian en 1885 publia la première étude complète sur l'action physiologique de la cocaïne ; en instillant 2 ou 3 gouttes de solution aqueuse au 100° entre les paupières d'un chien et en renouvelant cette intillation au bout de 2 ou 3 minutes, on produit comme chez l'homme une anesthésie limitée à la cornée et à la conjonctive ; les mouvements réflexes de l'œil mis en expérience ne se produisent plus. On observe aussi comme chez l'homme après quelques minutes un certain degré de dilatation de la pupille ; l'anesthésie est passagère et ne dure que 5 ou 6 minutes.

Laborde, Dastre, Arloing et Reclus ont publié depuis sur l'action physiologique de la cocaïne des travaux devenus classiques.

*
* *

La cocaïne étant une méthyl-benzoïl-ecgonine, la théorie prévoit l'existence d'un homologue supérieur, l'éthyl-benzoïl-ecgonine. Ce corps que nous avons désigné sous le nom d'hypnine s'obtient de la façon suivante : On prépare d'abord la cocaïne brute à l'aide d'un des nombreux procédés qui ont été proposés pour l'extraction de cet alcaloïde. Généralement on emploie la méthode de Bignon, pharmacien à Lima, fort analogue à celle indiquée par Thiboumery pour la fabrication du sulfate de quinine : les feuilles de coca pulvérisées sont délayées dans une dissolution de carbonate de soude et le mé-

lange additionné de pétrole distillable entre 200 et 250°. On agite le tout d'une manière continue pendant quelques heures, les alcaloïdes sont déplacés de leur composition saline par le réactif alcalin et passent en dissolution dans l'hydrocarbure. On soumet ensuite la masse à une compression énergique ; les liquides sont expulsés, et après repos, séparés par décantation. La solution hydrocarburée agitée avec l'eau chargée d'acide chlorhydrique, cède les alcaloïdes à l'état de chlorhydrates. Ceux-ci sont décomposés par l'ammoniaque ; le précipité obtenu est désigné sous le nom de cocaïne brute ; c'est un mélange de cocaïne droite, de benzoïl-ecgonine, d'hygrine et de divers éthers de l'ecgonine.

Le chlorhydrate de cocaïne s'obtient, comme on le sait, par éthérification méthylique et benzoïque de l'ecgonine.

Or, cette éthérification, au lieu d'être produite avec l'iodure de méthyle, pour former la cocaïne est effectuée en présence de l'iodure d'éthyle qui donne le dérivé éthylé, c'est-à-dire d'hepine.

Cette opération s'effectue en chauffant à 100° dans un autoclave l'ecgonine avec l'anhydride benzoïque et l'iodure d'éthyle. On neutralise par l'acide chlorhydrique.

Le produit est ensuite purifié par cristallisations successives dans l'alcool.

L'hypnine se présente sous forme de petits cristaux microscopiques incolores anhydres fondant à 130° ; elle est très soluble dans l'eau ; les solutions d'hypnine, comme celles de cocaïne, sont lévogyres, mais ne sont pas décomposées à l'ébullition.

L'étude physiologique de l'hypnine a été faite par Faure et Besançon. D'après ces auteurs, l'bypnine possède toutes les qualités de son homologue inférieur le chlorhydrate de cocaïne ; elle est comme ce dernier facilement absorbée par les muqueuses et le tissu cellulaire sous-cutané ; elle ne précipite pas en présence des liquides alcalins de l'organisme, la résorption est par conséquent très prompte et après injection de solution à 2 ou 3 o/o il ne survient pas d'inflammation ni de nécrose.

L'effet anesthésique de l'hypnine est identique à celui de la cocaïne, les expériences pharmacodynamiques tendent plutôt à démontrer que l'hypnine surpasse la cocaïne en intensité d'action.

Les solutions d'hypnine à 1 o/o produisent après une minute non seulement l'anesthésie complète des couches superficielles de la cornée, mais encore ont une action manifeste en profondeur.

Des doses relativement fortes, soit o fr. 02 par kilogr. du poids du corps, sont sans influence sur le cœur et la respiration.

Contrairement à ce que l'on observe avec la plupart des anesthésiques, l'hypnine ne provoque aucun trouble de l'accommodation ; elle n'élève pas la pression intra-oculaire. Aussitôt l'anesthésie ter-

minée l'œil reprend son aspect normal ; il ne persiste pas de dilatation pupillaire, de sensation de pression, de sécheresse de la cornée ni d'autres phénomènes de ce genre comme on en observe parfois après l'emploi de la cocaïne et toujours après l'administration des anesthésiques synthétiques. Après cessation de l'anesthésie, l'œil n'en conserve aucune trace.

F. Riefert et A. Neeligsohn en 1907 ont pour la première fois employé l'hypnine dans leurs services de laryngologie et d'ophtalmologie ; les résultats de leurs observations ont été publiés dans la *Gazette des Hôpitaux* de Genève (nos des 6 et 13 juillet). Un certain nombre d'observations concernent quelques cas de rhinite hypertrophique pour lesquels il a suffi de 3 ou 4 applications de solution d'hypnine à 2 o/o sur la pituitaire pour rendre la cautérisation indolore. Un certain nombre de petites opérations intra-nasales telles que l'ablation de polypes ont pu être faites sans provoquer la moindre douleur après tamponnement à l'aide d'une solution d'hypnine à 2 o/o.

En ophtalmologie, Neeligsohn emploie l'hypnine en solution à 1 o/o pour l'opération de la cataracte, l'abrasion de la cornée, l'excision de prolapsus du corps vitré. L'insensibilité est toujours complète et aussi rapide qu'avec la cocaïne. D'après cet auteur elle serait même plus prolongée ; en tous cas il ne note jamais de phénomènes d'intoxication.

D'après les opinions concordantes de nombreux expérimentateurs, l'hypnine possède donc à doses égales un pouvoir anesthésique au moins égal à celui de la cocaïne. Comme elle est moins toxique on a proposé sa substitution dans toutes les formules ou entre celle-ci.

Indépendamment de ses avantages comme anesthésique local, la découverte de l'hypnine offre un autre intérêt, celui d'avoir orienté les recherches dans une voie inexplorée. Après les travaux de Fourneau, les chimistes ont mis à contribution toute la série des amino-alcools. La molécule cocaïnique plus complexe offre davantage de ressources. La morphine méthylée, acétylée ou diacétylée a donné naissance à des produits très intéressants. La molécule cocaïnique, quoique complètement différente, peut se prêter à des substitutions semblables. Il y a même chez elle une fonction supplémentaire susceptible de multiplier les réactions sans pour cela les compliquer.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 11 janvier 1912.

Présidence de M. HEIDÉ.

La séance est ouverte à 9 h. 30.

I. — CORRESPONDANCE.

Le secrétaire général donne lecture de lettres d'excuses de MM. Georges Robin, Godon et Jolivet.

Le président. — Le 11 décembre, nous avons eu une séance de démonstrations pratiques organisée par les soins de MM. Robin et R. Lemière qui a été brillante.

Notre distingué confrère étranger M. le Dr Etchepareborda, qui faisait une démonstration sur la porcelaine coulée, avait foule autour de lui.

M. Roy, de son côté, opérait un kyste du maxillaire communiquant avec le sinus. Inutile de vous dire que le cercle autour de son fauteuil ne lui marchandait pas ses compliments sur son habilité opératoire et sa présentation si instructive.

MM. Henri et Georges Villain d'autre part, ne manquaient pas à l'appel et donnaient à tous des indications sur leur très jolie collection de cas de redressements et sur la façon de poser les appareils.

M. Robin, professeur à l'Ecole, et M. Machtou, professeur suppléant, avaient réuni une série de cas très intéressants, d'aurifications et d'inlays en or exécutés par les élèves.

Nombreux étaient les confrères de Province qui assistaient à cette réunion, et s'ils avaient un regret à exprimer, c'était l'absence de deux démonstrateurs qui avaient fait annoncer leur concours, mais qui au dernier moment avaient été empêchés.

Vu le succès de ces séances du dimanche matin, nous allons continuer dans cette voie.

Pour le mois prochain je puis vous annoncer l'arrivée du Dr Herbst, de Brême, un orthodontiste qui commence à se faire un nom en Allemagne.

J'ai également à vous annoncer la célébration du soixantième anniversaire d'un vieil ami de l'Ecole et de la Société d'Odontologie, le Dr Elof Förberg, de Stockholm, vice-président de la Fédération

dentaire internationale. Ses confrères étrangers, à cette occasion, lui ont adressé des diplômes, des cadeaux et différentes marques de sympathie. Nous n'avons pas eu connaissance de la chose à temps, mais, quoique un peu tard, nous allons lui adresser une lettre de félicitations au nom de la Société d'Odontologie.

II. — Terminologie des malpositions dento-maxillaires, par MM. Frey, Georges Villain, R. Lemière, membres de la Sous-Commission d'Orthodontie.

M. Frey donne lecture de cette communication qui est chaleureusement applaudie (V. n° du 29 février 1912).

Discussion.

M. Baudet. — Je demande la parole non pour critiquer en aucune façon le travail très intéressant de M. Frey, je laisse à d'autres le soin de le faire ; mais je suis heureux de féliciter M. Frey qui s'est fait le champion de ce genre de travail.

M. Frey. — Ce n'est pas ma classification, c'est notre classification ou plutôt c'est une terminologie.

M. Baudet. — Cela prouve votre modestie habituelle.

Je tiens à manifester ma surprise de trouver sur ce tableau un travail tout fait. J'en suis surpris en tant que membre de la Commission de terminologie, mais je n'ai jamais entendu parler de celle-ci. J'attends encore la convocation.

J'aurais bien désiré apporter mes idées, mais je n'ai pas pu le faire pour ce motif.

Je vois que pendant ce temps, une sous-commission a travaillé ; c'est pourquoi j'ai l'honneur de vous demander des renseignements à ce sujet.

Le président. — Vous avez sans doute été absent ces derniers mois de sorte que vous n'avez pas pu suivre nos dernières séances.

M. Baudet. — Je veux parler de la Commission qui a été nommée il y a deux ou trois ans, si ce n'est plus.

M. Frey. — Notre collègue ne m'a pas compris. Ce n'est pas en tant que membres de la Sous-Commission, c'est parce que nous sommes voisins que nous avons travaillé ensemble. C'est le produit de cette collaboration que nous soumettons ce soir à la Société d'Odontologie.

Que la Société d'Odontologie ne veuille pas le discuter, qu'elle préfère le soumettre à la Sous-Commission, laquelle tirera des conclusions qu'elle soumettra elle-même à la Commission, ce serait absolument logique, mais cela ne nous empêche pas, nous, en tant que simples particuliers, de venir vous faire notre communication ce soir.

M. Henri Villain. — Je crois en effet qu'il serait préférable que le travail passe par la Sous-Commission, quoique vous ayez formé vous-mêmes la Sous-Commission.

Vous ne devez pas oublier que lorsqu'une Commission se réunit, elle n'est jamais au complet.

Vous avez décidé de faire ce travail à trois. Il me semble que vous deviez rapporter votre travail à la Sous-Commission. Après avoir étudié ce travail, la Sous-Commission en aurait envoyé un exemplaire à chaque membre de la Commission qui aurait pu faire ses observations. Vous auriez de la sorte suivi la filière.

M. Frey. — Cela n'a aucune importance.

M. Baudet. — Une Commission a été nommée officiellement par la Société d'Odontologie. Quel sort a été réservé à cette Commission ?

M. Georges Villain. — Il y a un petit point d'histoire de la Sous-Commission et de la Commission qu'il convient de rappeler.

En 1908, j'ai présenté un travail intitulé : *Essai d'unification de diverses classifications et terminologie en orthopédie dentaire.*

A la suite de ce travail la Société d'Odontologie a nommé une Commission pour s'occuper de cette question. Cette Commission comprenait 15 ou 16 membres au début, elle s'est étendue et fut ensuite portée à 25 membres.

Il y eut une réunion de cette Commission à laquelle M. Baudet a été convoqué comme tous les autres membres.

M. Baudet. — Je n'ai rien reçu.

M. Georges Villain. — La réunion en question a eu lieu au mois de décembre 1908, à l'occasion d'une séance de démonstrations pratiques de la Société d'Odontologie.

Nous nous sommes réunis dans la salle du Conseil de l'École. C'est à ce moment qu'ont été discutées les bases du travail et qu'il avait été décidé de ne pas publier mon travail et de provoquer chez nos confrères la production de travaux sur cette question. Il a été convenu que la Commission se réunirait lorsqu'elle se trouverait en présence de plusieurs essais. Certain travail ayant été publié, *L'Odontologie* me réclama le mien et le publia.

M. de Nevrezé a fait un essai de terminologie ; M. Frey en a fait un autre ; M. Robin, de la Stomatologie, et MM. Huet et Pitot, de Belgique, également. On a laissé faire jusqu'au jour où M. Frey ayant fait ici un essai de terminologie, je soumis à nouveau le mien ; une longue discussion l'ayant suivi, il fut, sur la proposition du président, M. Godon, décidé de nommer une Sous-Commission qui devait examiner ces différents travaux et préparer un rapport.

Ce soir nous présentons notre travail, non pas comme celui de la sous-commission, mais bien comme le nôtre.

La Société est absolument libre vis-à-vis de nous.

Nous ne vous soumettons pas ce travail pour que vous l'acceptiez aujourd'hui, nous vous soumettons un travail que vous pouvez renvoyer à l'examen de la Commission.

M. Baudet. — Dans ce cas le travail présenté à la Société d'Odontologie devrait être celui de la sous-commission. Un travail comme celui-là doit obtenir l'agrément de la Société.

M. Georges Villain. — Il y a eu une controverse très longue sur cette question. Nous nous sommes réunis en sous-commission. Tous les membres de la sous-commission n'étant pas présents, nous avons travaillé et nous avons pu nous entendre sur les termes. Nous avons ainsi mis sur pied cet essai de terminologie. Il n'y a pas d'incorrection de notre part. Il n'y a pas de commission ou de sous-commission qui présente un travail, ce sont trois membres qui ont travaillé ensemble et qui vous présentent le fruit d'une collaboration que vous pouvez renvoyer à la sous-commission. Nous vous demandons même de le faire. Nous vous faisons tout simplement part ce soir du travail que nous avons fait.

M. Friteau. — Mon intervention est à peu près inutile maintenant, parce que je suis éclairé par les paroles de M. Villain.

Je n'avais effectivement pas très bien saisi dans la communication de M. Frey si M. Frey nous présentait cet essai de classification comme membre de la sous-commission ou à titre individuel ; mais d'après ce que vient de dire M. Georges Villain d'une façon extrêmement nette, je crois qu'il n'y a plus l'ombre d'une difficulté, c'est bien à titre individuel que cet essai est présenté.

Je crois donc que M. Baudet n'a pas à se formaliser ou à s'inquiéter du travail, puisque, ainsi que vient de le dire M. Georges Villain, il ne s'agit absolument que d'un travail personnel que chacun a le droit de présenter ici.

A propos de cette classification, je me permettrai de faire une remarque : il y a un mot qui ne me paraît pas tout à fait exact.

En opposition avec le mot *vestibulaire* ne serait-il pas plus logique, anatomiquement, de vous servir, MM. les auteurs de ce travail, du mot *buccal* ?

Nous avons divisé la bouche en deux régions : le vestibule et la bouche proprement dite. Il me semble que, pour bien préciser, pour ne pas faire de confusion lorsqu'il s'agit du maxillaire inférieur ou supérieur, le mot *buccal* pourrait remplacer *lingual*. Ce serait plus logique pour le maxillaire inférieur ou le maxillaire supérieur.

M. Jeay. — Monsieur Frey, tout à l'heure, vous nous avez indiqué que la première partie de votre classification, c'est-à-dire les anomalies qui sont observées en dehors des limites de la cavité buccale, ressortissent en quelque sorte aux méthodes anthropologiques ; puis

vous avez fait votre autre grande classe qui ressortit des méthodes orthodontiques.

Je vous serais très obligé de vouloir bien me définir exactement ce que vous appelez une face distale et une face mésiale pour les molaires, parce que vous vous trouvez en contradiction absolue avec les physiologistes et les anatomistes. Ainsi les physiologistes et les anatomistes supposent un corps humain sur une dalle sectionné en deux dans le sens longitudinal : tout ce qui regardera cette coupe sera placé face distale. Or il se trouve que c'est très exact pour les incisives, mais, d'après l'emploi que vous avez fait du mot mésial et distal, cela devient faux pour les molaires.

Je sais très bien ce que vous allez me répondre, mais je désire que vous nous exposiez votre définition.

Ce que je voudrais, c'est que dans votre classification il y ait une note permettant aux lecteurs de votre travail étrangers à notre spécialité, par exemple les anthropologistes, de savoir comment vous avez compris les mots mésial et distal.

Je sais que vous allez me répondre que cette terminologie est faite pour nous et non pour d'autres, mais il me semble cependant que c'est un point qu'il est nécessaire de préciser n'étant pas seuls au monde et seuls appelés à étudier ses questions d'anomalies dento-faciales.

M. Georges Villain. — Le premier point de discussion quand nous avons commencé ce travail a été de savoir d'après quelle méthode nous allions étudier les différentes malpositions. Nous nous sommes arrêtés aux principes suivants : lorsque nous étudierons les parties situées en dehors de la cavité buccale, celles dont nous pouvons préciser le déplacement par l'examen de la face ou du profil du visage, les plaçant, tel un corps dans l'espace, nous les étudierons suivant les sens ou directions par lesquels on fait la mensuration des corps, c'est-à-dire directions ou sens antéro-postérieur, sens latéral, sens vertical que nous avons déterminé comme de Nevrezé et Herbst l'avaient fait : sens saggittal, sens frontal, sens vertical.

Lorsque nous arrivons à l'étude des dents, des alvéoles, il n'en est plus de même. Nous avons un corps placé dans un autre corps et nous nous trouvons en présence d'une forme géométrique bien déterminée : la parabole dentaire. Nous avons à travailler suivant une courbe ou un arc de cercle, et au lieu de nous servir de la ligne droite ou plus exactement des directions linéaires suivant lesquelles nous examinons la face, passant au deuxième livre de la géométrie, nous nous servirons de la circonférence et du cercle la parabole dentaire devenant la forme géométrique dont nous procéderons dans l'examen en prenant comme point de repère, comme point de départ, un point qui se trouve placé au centre de la parabole dentaire et qui est la ligne médiane.

Tout mouvement sur la parabole vers ce point est dit « *mésial* », tout mouvement produisant l'éloignement de ce point est dit « *distal* », tout mouvement en dehors de la parabole est dit « *vestibulaire* » (vers le vestibule), tout mouvement en dedans de la parabole est dit « *lingual* » (vers la langue), tout mouvement au-dessus de la parabole ou au-dessous est dit « *vertical* » ou « *occlusal* ».

M. Friteau demandait tout à l'heure pourquoi nous avons pris le terme lingual au lieu du terme buccal.

Depuis longtemps nous avons été obligés de supprimer ce terme buccal parce qu'il causait des confusions pour les élèves. Cette question a déjà été traitée à la Société de stomatologie et à la Société odontotechnique et résolue en faveur des termes *lingual* et *vestibulaire*.

M. Jeay. — Je veux préciser. Je crois que pour vous éviter tout malentendu, pour que notre langage soit compris des anatomistes, des pathologistes et des physiologistes, qui ont une autre façon de s'exprimer, puisque pour le groupe des molaires notre face mésiale devient une face antérieure et que pour eux la face mésiale est une face linguale, je crois qu'il serait nécessaire de bien préciser dans la préface de votre classification ce que vous entendez par les mots : mésial, distal, sans quoi il se produira un trouble dans l'esprit des lecteurs qui ne sont pas au courant de notre façon de concevoir ces mots.

M. Friteau. — Je n'ai pas du tout de prétentions pour le mot buccal que j'ai lancé dans cette enceinte, mais l'argument si élégant soulevé par M. Georges Villain ne me satisfait pas du tout. Du fait qu'au cours d'un enseignement les élèves ne comprennent pas un mot, cela ne veut pas du tout dire que ce mot est mauvais, cela veut dire que jusqu'à ce moment-là les élèves n'ont pas saisi le sens exact qu'on voulait appliquer à ce mot. Je ne me range donc point à cette opinion et comme nos travaux ne sont pas faits pour les élèves qui apprendront au cours de leur enseignement la valeur des termes, de chacun des termes que nous leur enseignons, je crois que ces classifications qui sont faites pour être lues par des élèves et aussi par des anatomistes, seront admirablement comprises si elles portent, au lieu du mot lingual, le mot buccal par exemple. Je le répète, les élèves s'y feront, de même que nous nous ferons à cette classification un peu compliquée, qui me paraît très nette, et qui est cependant très éloignée des vieux termes d'autrefois.

Il ne faut pas, sous prétexte de non-compréhension par les jeunes élèves, transformer le langage anatomique.

M. Roy. — Il est très difficile de discuter ce soir tous les termes de ce tableau très complexe, qui résulte de la collaboration des trois auteurs et qui forme en particulier une fusion très intéressante des

classifications proposées par M. Georges Villain et par M. Frey. Toutes deux avaient des avantages très notables et je retrouve avec plaisir dans cette classification d'ensemble les avantages que je constatais dans chacune des classifications respectives des auteurs.

Quant à la discussion détaillée des termes que ces tableaux nécessiteraient, je crois qu'il sera préférable qu'elle ait lieu dans une séance de commission, puisque MM. Frey et Villain eux-mêmes proposaient que le travail y soit renvoyé. Là on pourra déjà, en tenant compte des observations qui sont faites ce soir, examiner ce travail et y apporter peut-être quelques modifications.

Il y a certains termes qui pourraient sans doute être modifiés. Il y a notamment le terme d'alvéolisme.

Je sais que c'est un peu difficile, mais j'avoue que ce terme d'alvéolisme ne me satisfait pas. Je ne dis pas que j'ai mieux à proposer pour l'instant, mais cela m'étonnerait qu'il satisfasse beaucoup M. Frey. Il me choque un peu.

Je constate avec plaisir que M. Frey a accepté les préfixes mésio et disto qui sont les seuls qui conviennent pour désigner les faces latérales des dents. Comme M. Villain l'a déjà fait remarquer, comme je l'ai fait remarquer pour ma part dans les discussions qui ont eu lieu à ce sujet, si la mâchoire peut être considérée comme un tout, la dent ne peut être considérée isolément, lorsqu'il s'agit d'anomalie. Ce n'est pas la dent uniquement qu'on doit considérer mais sa situation sur l'arcade.

Si vous considérez la dent hors de l'arcade, aucune classification n'est plus possible. C'est pour cela que les termes mésio et disto sont les seuls qui donnent satisfaction dans la circonstance.

Quant au terme *buccal* qui était proposé de préférence à *vestibulaire*, je crois que dans les discussions qui ont eu lieu dans toutes les Sociétés on s'est élevé contre le terme buccal qui prête à l'équivoque.

J'insiste pour le maintien des termes *vestibulo* et *linguo* d'une précision absolue, parce qu'ils ne prêtent à aucune espèce de confusion.

Je ne présente là que des observations tout à fait succinctes. Je crois que la conclusion de la discussion que nous avons ce soir, ce sera le renvoi de ce travail à la commission. Cette Commission pourra y apporter quelques petites retouches qui contribueront à faire de ce travail très important et intéressant une perfection, si toutefois la perfection est de ce monde. Ainsi se trouverait réalisé le vœu maintes fois émis d'adopter une classification de la Société d'Odontologie et de l'Ecole dentaire de Paris pour servir de base de classification universelle de tous les orthodontistes du monde entier.

M. Georges Villain. — M. Roy me procure l'occasion de répondre à ce que disait tout à l'heure M. Friteau qui proposait de remplacer le terme lingual par le terme buccal.

M. Roy disait au sujet de ce mot que certains désiraient employer ce mot pour le terme vestibulaire et c'est ce qui se fait le plus souvent. Là où l'on emploie aujourd'hui le terme vestibulaire, beaucoup employaient le terme buccal en opposition de palatin ou lingual.

M. Friteau. — C'était très mauvais, c'était inexact.

M. Georges Villain. — C'est pourquoi nous avons supprimé ce terme qui a longtemps prêté à la confusion et qu'il semble logique d'éloigner une fois pour toutes de notre nomenclature.

Je crois qu'il est du sentiment de la Société d'Odontologie de voir la Commission de terminologie commencer son travail. Je vous demanderai alors de ne pas renommer de Sous-Commission parce que nous n'en finirions plus. En réalité la Sous-Commission avait été nommée pour M. Frey et moi, on peut aller maintenant directement devant la Commission.

M. Frey. — Je demande que les membres présents et futurs, — car la Commission doit être composée d'une façon extrêmement large : elle doit comprendre tous les confrères qui peuvent s'intéresser à cette question — réfléchissent au mot : alvéolisme. Nous l'avons employé au pis aller, il est très commode, mais il sonne mal.

M. Frey. — Rappelez-vous l'obtusisme de la mâchoire inférieure qui a choqué de prime abord et qui est employé couramment actuellement.

M. Roy. — On a dit que le travail ne serait publié qu'après l'examen de la Commission.

Je crois, qu'au contraire il devrait être publié avant ? Il est impossible de critiquer un tel travail si on ne l'a pas lu à tête reposée. Aussi je propose au contraire la publication de ce travail le plus rapidement possible, parce que je crois que c'est la seule façon de procéder qui nous permette de discuter d'une façon utile, à moins, bien entendu, que les auteurs n'y trouvent un inconvénient.

M. Baudet. — Je crois qu'il y aurait un danger à en faire la publication tout de suite en ce sens qu'il y aurait des confrères qui pourraient retenir des termes qui pourraient être changés à l'avenir.

Le président. — Je tiens à complimenter MM. Frey, Georges Villain et Lemière d'avoir mis ce travail sur pied et d'être tombés d'accord sur une classification qui s'impose de plus en plus en orthodontie. Je les félicite du résultat qu'ils ont obtenu. C'est très compliqué, on aurait désiré avoir quelque chose de plus bref, mais quand on n'a pas ce qu'on aime, il faut aimer ce qu'on a.

M. Frey je vous félicite de la façon si claire et magistrale dont vous nous avez présenté cette étude.

M. Frey. — Je demande à dire encore un mot à la suite de ce que vient de me suggérer Villain. Il vient de me dire : Vous avez

eu tort de mettre le détail des malocclusions, parce que notre terminologie paraît ainsi plus compliquée.

Or, je vous engage à ne pas tenir compte des sous-titres et vous constatez tout de suite que le tableau prend une clarté beaucoup plus grande.

Ces qualificatifs, ce sont des subtilités de diagnostic, c'est pour répondre à tous les cas possibles.

Il n'y a pas un cas qui ne puisse être désigné par ce tableau-là.

M. Roy. — Je propose que le travail soit publié le plus tôt possible et que le président de la Société d'Odontologie veuille bien prendre l'initiative de réunir la Commission, d'accord avec les auteurs de ce travail, pour que la dite Commission examine ce travail.

Le président. — C'est entendu.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Démonstrations pratiques du 17 mars 1912.

Une séance de démonstration pratique organisée sous les auspices de la Société odontologique de France a eu lieu le dimanche 17 mars dans les locaux de l'Ecole odontotechnique. Une cinquantaine de confrères ou d'élèves, de Paris ou de Province assistaient à cette intéressante séance, uniquement consacrée aux travaux d'or. Mais alors que les démonstrations à l'or adhésif et à l'or mou n'ont eu que relativement peu de succès, ces démonstrations d'inlays en or ont eu, au contraire, auprès de nos confrères un succès énorme et ont paru les intéresser au plus haut point : grandeur et décadence qui me semblent l'une et l'autre exagérées et n'avoir pour raison que la vogue.

Un jeune dentiste, M. Laurent, ouvre le feu par une aurification à l'or mou d'une deuxième grosse molaire inférieure gauche. Après une bonne préparation classique d'une carie du 2° de la face triturante, M. Laurent tasse des cylindres peu serrés à l'aide d'une série d'instruments spéciaux de Roussel. Il m'a semblé que ce procédé ne permettait peut-être pas d'obtenir un tassement aussi parfait qu'avec les instruments de Richard-Chauvin ou les tasseurs-masticateurs, par exemple. De plus M. Laurent n'a pas cru devoir poser la digue pour faire cette assez grande aurification ; je crois cependant qu'elle lui aurait évité beaucoup de perte de temps et bien moins de peine. Ces quelques remarques à part, l'aurification terminée était satisfaisante et le procédé intéressant à connaître.

M. Dubois, avec une assurance et une rapidité qui prouvent sa grande connaissance de l'aurification et une certaine habileté, a fait une reconstitution d'insicive centrale supérieure gauche comprenant la totalité d'un angle. Rapidement la digue est posée sur les six dents antérieures du maxillaire supérieur avec un même fil allant d'une extrémité à l'autre et faisant une boucle serrée au collet de chaque dent. La cavité étant préparée s'avance avec une grande rétention dans le canal, M. Dubois commence l'aurification par de l'or mou en feuille tassé dans le canal avec le maillet à main, puis monte la reconstitution avec de l'or adhésif tassé au maillet automatique et enfin termine par de l'or en éponge à la surface.

Dans les cas de cavités composées en escalier, les faces horizontales triturantes et les faces verticales étant taillées en queue d'aronde ainsi que les bords, les bases étant au contraire rigoureusement plates, M. Dubois construit l'aurification de la façon suivante : la portion verticale qui forme la hauteur de la marche d'escalier est comblée d'or mou bien tassé, la matrice étant posée jusqu'au niveau du bord du fond

plat de la portion triturante, le travail est terminé à l'or adhésif : c'est ce qu'on appelle l'aurification à l'or mixte que l'on doit d'autant plus employer et préférer que la cavité descend plus près du collet.

M. Amoëdo, dont on connaît la grande compétence en dentisterie opératoire, après avoir parlé des inlays d'or en général, a fait une démonstration de la méthode de coulée par le vide à l'aide de l'appareil Elgin dont il est très satisfait. A propos de l'inlay, il a surtout recommandé de ne pas avoir peur d'appliquer le principe de l'extension, pour la prévention et de ne pas oublier de rétablir le point de contact entre les dents. Pour la prise de l'empreinte, M. Amoëdo se sert volontiers de la cire collante d'atelier et pour le modelage de cette cire il se sert d'instruments simples, mais pratiques et fort bien appropriés à ce genre de travail.

M. Solbrig a remporté un énorme succès et sa démonstration et ses conseils sur la préparation des cavités et la prise de l'empreinte pour inlays d'or ont vivement intéressé nos confrères. M. Solbrig avait apporté toute une collection d'instruments spéciaux et de dents avec cavités préparées et quelques-unes avec les inlays terminés. On pouvait y voir toute la gamme des différentes formes de cavités depuis la plus simple jusqu'à la plus complexe. Devant nos confrères et à leur choix, il a préparé quelques dents, donnant à tous les explications demandées, appuyant sur la valeur d'une bonne préparation et en faisant, tout en allant, le parallèle entre l'aurification et l'inlay, donnant ses préférences à ce dernier. Pour la prise de l'empreinte, M. Solbrig emploie surtout la cire bleue de Bœdecker qui fond à très base température, mais est par contre très dure à 37 degrés et ne peut se travailler dans la bouche qu'au couteau. Après la prise, la cire, grâce à sa dureté, est creusée à la fraise non pour augmenter la rétention, mais pour diminuer le poids de l'inlay et le volume de l'or. Pendant près de deux heures, M. Solbrig a parlé, travaillé et répondu à toutes les demandes avec la meilleure grâce et la plus grande amabilité ; je pense être l'interprète de tous en lui adressant ici tous nos remerciements.

P. V.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

RÉPONSE A M. CRUET[1]

Par M. G. Mesureur,
Directeur de l'Assistance publique, Membre de l'Académie de médecine.

Paris, 10 avril 1912.

A M. le Directeur de la *Revue de Stomatologie*, à Paris,

Monsieur le Directeur,

La Revue de Stomatologie, dans son numéro de mars dernier, veut bien, au détriment des articles intéressant la science stomatologique, me consacrer treize de ses 48 pages pour célébrer ma condamnation. Vous trouverez légitime sans doute que je réclame de votre impartialité l'insertion d'une réponse au long réquisitoire qui précède la reproduction de l'arrêt du Conseil d'Etat.

Quoique signé simplement et modestement d'un C. discret, j'ai découvert sans peine la haute personnalité dont le jugement sévère me fait apparaître maintenant comme très anodin l'arrêt de notre premier tribunal administratif ; ce C., négligemment jeté après un morceau de littérature d'un beau souffle, représente votre rédacteur en chef, M. le Dr Cruet, dentiste honoraire des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur.

Qu'il me permette tout d'abord de le féliciter ; on ne saurait apporter plus de tact, plus de mesure dans l'expression, un esprit plus conciliant ; des malentendus existent-ils entre les dentistes des hôpitaux et mon administration ? Un différend me sépare-t-il d'eux en ce moment ? Je n'en suis pas bien certain, mais cela est possible ; en tout cas voici l'affaire arrangée ; foin des négociations et des expli-

1. Il a paru dans la *Revue de Stomatologie de mars* 1912 un article rendant compte d'un arrêt du Conseil d'Etat, article dans lequel M. Cruet prend violemment à partie dans des termes inconvenants M. G. Mesureur, directeur de l'Assistance publique. Il nous paraît indispensable de publier le texte de sa réponse à la *Revue de stomatologie*.

cations loyales, on emploie la méthode héroïque ; après la condamnation, l'exécution !

Les dentistes des hôpitaux, groupe qu'il représente, dit-il, doivent être enchantés de la manière forte de leur confrère, M. le Dr Cruet ; ils savent maintenant que *la leçon ne sera pas perdue, et qu'elle produira tous ses effets et toutes ses corrections* : les effets seront pour eux et les corrections pour moi, qui suis le *fonctionnaire compromettant, sans assises morales, que l'Etat aurait dû désavouer s'il ne lui accorde pas enfin des loisirs bien mérités.* Après cette déclaration de guerre stomatologique, me voici bien à mon aise et si c'est là tout ce que je dois attendre des dentistes des hôpitaux, j'aurai soin de m'en souvenir à propos, à moins que M. le Dr Cruet ne soit comme cet ours de la fable qui maniait les pavés avec une inconsciente légèreté.

En tout cas le Davier de son éloquence ne m'arrachera pas de mon poste aussi tôt qu'il l'espère ; j'ai des racines et il devra me supporter quelque temps encore. Le psychologue devra chez lui se doubler d'un philosophe et... attendre.

Dans l'étude qu'il me consacre, M. le Dr Cruet entend faire connaître un peu de ma psychologie et la trame des faits dont je suis coupable ; il se penche sur moi, *simple primaire qui veut tout ramener à sa conception et à sa classe, pour faire apparaître dans une lumière, sinon éclatante, au moins relative, une histoire qui semblera étrange tout d'abord, obscure, et certainement invraisemblable,* etc., il commence par des faits personnels. Je vais donc suivre pas à pas la démonstration de cette personnalité supérieure qui, hiérarchiquement, doit appartenir à l'ordre tertiaire, à moins qu'elle ne soit encore que d'ordre secondaire.

M. le Dr Cruet rappelle, avec un goût exquis, qu'il y a 10 ans il m'a donné 20 francs ; il les a versés au Comité républicain radical-socialiste du deuxième arrondissement pour soutenir ma candidature de républicain, de radical et de franc-maçon contre un nationaliste. En ce temps il était

du bon côté, il assistait, c'est lui qui le raconte, aux banquets offerts à M. Waldeck-Rousseau, et entre temps, ajoutait-il, il était promu dans l'ordre de la légion d'honneur. O! lumière, sinon éclatante, au moins relative !

Aujourd'hui les temps sont changés ; il paraît que les dentistes des hôpitaux sont *les adversaires de mes amis, camarades et francs-maçons* et ils se demandent si je suis *encore l'homme de l'amitié outrée, de la loge, de la secte, celle qui tue notre république.* Hélas ! oui, je n'ai pas changé, mais la république de M. le Dr Cruet n'est plus la mienne et si Syveton n'était pas mort, c'est à lui qu'iraient ses souscriptions.

Je passe sur la psychologie de *mon attitude*, de *mon silence*, de *ma glace*, de *mon léger salut*, de *l'oubli de mes devoirs*, de *mes audacieuses prétentions*, de *mon arbitraire*, de *mes persécutions*, pour aborder l'examen des faits.

En octobre 1904, j'ai proposé à mon Conseil de surveillance d'accepter le concours des Ecoles dentaires de Paris, reconnues d'utilité publique, pour les soins dentaires à donner aux malades des hôpitaux. Ces malades auraient été admis aux dispensaires de ces écoles sur la présentation d'un *bon délivré par les dentistes des hôpitaux* pour y recevoir le traitement de dentisterie opératoire et de prothèse dentaire que nécessite leur cas.

Qu'est-ce que cela voulait dire si cela avait été bien compris?

C'est que les dentistes des hôpitaux qui ne passent que quelques heures, deux fois par semaine, dans leur service et ont à examiner de 20 à 50 malades ne peuvent faire que de la dentisterie d'urgence et qu'en mettant à leur disposition, sous leur dépendance en quelque sorte, les Ecoles dentaires, leurs praticiens, leurs installations et leur outillage, on leur permettait d'ordonner un traitement suivi (opératoire ou de prothèse), d'en contrôler l'exécution, d'assurer à leurs malades des soins dont on connait la complexité et dont seuls les gens aisés bénéficient [1].

---

1. Les Conseils d'administrations des Ecoles heureux de donner une fois de plus leur entière collaboration à l'Assistance publique, n'admettaient le prin-

Il y avait là les bases d'une collaboration féconde pour les malheureux, honorable pour tout le monde, et qui ne portait aucune atteinte au privilège que les dentistes des hôpitaux tiennent du concours, puisqu'ils restaient les maîtres et les dirigeants du traitement de leurs malades.

J'ai eu pour moi l'approbation de M. le prof. Brouardel, de M. le Doyen de la Faculté Debove, et le rapport de M. le Dr Walther [1], quoi qu'en dise M. le Dr Cruet, fut entièrement favorable ; on pouvait se trouver en plus mauvaise compagnie.

On objecte que le concours des Ecoles serait inutile si les services dentaires étaient mieux installés dans les hôpitaux, si leur outillage était plus moderne et plus complet et si un atelier prothétique était annexé à chacun d'eux.

A cela je réponds qu'on demande l'impossible, non pas seulement au point de vue de la dépense, qui serait considérable, mais au point de vue pratique. L'Assistance publique ne doit un appareil de prothèse à un malade que dans des circonstances très rares ; si elle en fabriquait, les abus les plus criants ne tarderaient pas à se produire et à provoquer les protestations des dentistes de la ville qui se verraient ainsi enlever une partie de leur clientèle. Ces protestations seraient encore plus vives si nous faisions payer tout ou partie de ces appareils.

Mais là n'est pas l'objection principale : quel est le dentiste des hôpitaux qui pourra, comme le chirurgien, venir tous les jours à l'hôpital pendant 4 ou 5 heures, soigner ses malades, surveiller son atelier de mécaniciens, et cela sans assistant, sans opérateur, avec l'aide seulement d'élèves en médecine inexpérimentés qui viennent pendant quelques mois se familiariser avec la dentisterie comme ils le font avec toutes les spécialités médicales ? Ce dentiste pourrait fermer son cabinet personnel, dire adieu à ses clients.

J'ai dit : sans assistant, sans opérateur, parce que s'ils sont dentistes des hôpitaux, mon argument vaut pour eux

---

cipe de ce contrôle que limité au traitement des malades envoyés par les hôpitaux. N. D. L. R.

1. Voir *Conseil de surveillance : Procès-verbal du 15 décembre 1904.*

et s'ils ne le sont pas que signifie l'ostracisme prononcé contre les praticiens et les opérateurs des Ecoles dentaires ?

Autre dénonciation de M. le Dr Cruet : il annonce que dans *le temps que j'attendais la leçon publique de l'arrêt du Conseil d'Etat, je préparais de nouveaux coups contre les dentistes des hôpitaux,* en demandant de changer le règlement du concours pour exiger des futurs concurrents un stage dans une école dentaire.

Je répondrai d'abord qu'il s'agissait d'un stage facultatif et non obligatoire et j'ajouterai que la proposition n'est pas de moi, que M. le Dr Cruet se voile la face, elle émane d'un dentiste des hôpitaux ! ce dentiste doit être un *jaune* [1].

J'arrive à l'arrêt du Conseil d'Etat ; M. le Dr Cruet qui écrit admirablement, sait sans doute moins bien lire. Je vais l'aider à comprendre :

« Considérant que l'hospice de Brévannes relève directe-
» ment de l'Assistance publique ; qu'ainsi il est soumis en
» principe *aux dispositions réglementaires qui régis-*
» *sent cette administration,* etc.

» Considérant il est vrai que le fait que cet établisse-
» ment est situé dans le département de Seine-et-Oise, est
» de nature à justifier, en certaines circonstances, l'adoption
» de mesures spéciales dérogeant au règlement général et
» destinées à assurer le fonctionnement du service, mais
» que de semblables mesures doivent être édictées par *des*
» *arrêtés généraux du directeur de l'administration*
» *de l'Assistance publique,* etc. »

Après cette lecture il est évident que je n'ai pas été condamné pour avoir porté atteinte au privilège des dentistes des hôpitaux, ce qui n'a jamais été dans ma pensée, mais bien pour avoir omis de prendre un arrêté préalable dans les formes prescrites par la loi.

Veuillez agréer, monsieur le directeur, mes salutations distinguées.

Signé : G. MESUREUR,
Membre de l'Académie de Médecine.

---

1. Voir *Conseil de surveillance, procès-verbal du 22 février 1912.*

BULLETIN

L'UNION ODONTOLOGIQUE

Par Ch. Godon.

Le Conseil d'administration de l'A. G. S. D. F., se conformant au mandat qui lui avait été donné dans l'assemblée générale du 21 janvier dernier, a tenté, pour la défense des intérêts professionnels menacés, de réaliser une entente entre toutes les sociétés dentaires qui se réclament du programme odontologique.

On trouvera plus loin le compte rendu de la seconde réunion qui eu lieu à cet effet; nous avons déjà publié le compte rendu de la première. Si ces deux réunions n'ont pas donné tout le résultat désiré, elles ont réussi néanmoins à éclaircir notre horizon et à réaliser une union entre les sociétés qui la désiraient réellement: une vingtaine environ comprenant plus de deux mille adhérents et représentés par 80 délégués de Paris et de la province.

*On a entendu à ces réunions la lecture d'excellents rapports dus à de jeunes confrères qui ont obtenu un réel succès, adopté des résolutions qui pourront servir utilement la cause odontologique et chargé de leur exécution la Commission exécutive de l'*Union Fédérale dentaire nationale *reconstituée. Mais ce qui nous a paru très réconfortant, c'était de voir ainsi réunis une pléiade de jeunes confrères, ayant conscience de leurs droits et aussi des devoirs qui s'imposent à leur génération, comprenant la nécessité de s'unir contre les empiétements stomatologiques pour sauvegarder le patrimoine odontologique que leur ont acquis depuis trente ans leurs aînés, et, pour que cette union soit féconde et durable, écartant d'abord résolument des débats toutes les misérables questions de personnes qui ont fait pendant trop longtemps l'objet principal et constitué*

toute l'action de certaines sociétés et troublé ainsi sans utilité la vie professionnelle.

Ces jeunes confrères ont compris qu'ils avaient plus et mieux à faire que de perdre ainsi leur temps et leur activité dans ces luttes stériles en présence des questions vitales pour l'avenir de la profession qui s'imposaient à leur attention, comme l'organisation du premier examen de stage, la protestation contre la création de chaires de stomatologie dans les Facultés de médecine et la lutte anti-stomatologique. Une action énergique est nécessaire en effet en présence des actes de véritable phobie sénile auxquels se livre, depuis quelque temps, certain stomatologiste à l'égard des chirurgiens-dentistes et que ceux-ci ne doivent pas laisser plus longtemps sans ripostes [1].

On peut déplorer que quelques sociétés qui prétendent défendre les chirurgiens-dentistes n'aient pas compris l'intérêt supérieur qu'il y avait à faire en ce moment l'union de toutes les forces odontologiques. Mais qu'importe, cette union s'est faite quand même, sans elles, autour des Ecoles dentaires fédérées, qui ont groupé ainsi, une fois de plus, tous ceux qui, faisant abstraction de leurs sympathies ou de leurs antipathies personnelles, placent l'idéal professionnel au-dessus des mesquines questions de personnes, et même des petits intérêts corporatifs bassement matériels ; tous ceux qui pensent que c'est par une union professionnelle largement ouverte à tous les odontologistes de bonne volonté pour le progrès scientifique de l'odontologie autonome et en accord avec l'intérêt public que l'on peut mieux servir les intérêts généraux de la profession et ceux des chirurgiens-dentistes.

C. G.

---

1. La lettre de l'éminent Directeur de l'Assistance publique, membre de l'Académie de médecine, que nous publions, donnera une idée de l'injustice, de la violence et du mauvais goût de certaines de ces attaques dont on trouvera du reste plusieurs exemples dans le numéro de la *Revue de Stomatologie* auquel il est fait allusion.

RÉUNION INTER-SOCIÉTÉS DU 31 MARS 1912.

Conformément à la décision prise le 24 mars la deuxième réunion inter-sociétés dont nous avons parlé dans notre dernier numéro s'est tenue le dimanche matin 31 mars à 9 heures à la mairie du Xe arrondissement de Paris.

Après lecture de la correspondance et du procès-verbal, l'assemblée a entendu le rapport de M. Barden sur la lutte anti-stomatologique, qui a été salué par une triple salve d'applaudissements. Après discussion, ce rapport a été mis aux voix et adopté avec félicitations et remercîments à son auteur, puis renvoyé à la Commission exécutive, comme les précédents.

L'assemblée a pris le titre d'*Union fédérale dentaire nationale* (U. F. D. N.) et a adopté un projet de statuts.

Il a été procédé à la constitution de la Commission exécutive, qui comprend 29 commissaires représentant 18 sociétés, savoir :

Association générale syndicale des dentistes de France, MM. Blatter, Dreyfus, Dupontreué, G. Fouques, H. Villain.
Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, MM. Godon, J. d'Argent, G. Villain, Bioux, P. Martinier.
Groupe des Amis des écoles dentaires et de l'A. G. S. D. F., MM. Crocé-Spinelli, Tacail, Fontanel.
Comité national français d'hygiène dentaire, M. Roy.
Association des professeurs des écoles dentaires reconnues d'utilité publique, M. Franchette.
Association de l'Ecole Odontotechnique, M. Rodolphe.
Association confraternelle des dentistes français, M. Deschamps.
Association des dentistes français, M. Dehogues.
Amicale de l'Ecole dentaire française, M. Breyer.
Cercle Odontologique de France, MM. Hugot, Ferrand.
Société Odontologique de France, M. Barden.
Société amicale des dentistes des Alpes-Maritimes, M. Fabret.
Société des dentistes de l'Aisne, M. Drain.
Société d'Odontologie de Lyon, M. Erny.
Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Lyon, M. Pont.
Syndicat des dentistes lyonnais, M. Ravet.
Union corporative des anciens étudiants et étudiants en chirurgie dentaire, M. Doucedame.
Œuvre de la Maison de dentiste, M. Quincerot.

La séance s'est terminée à 11 h. 1/2.

*
* *

La Commission exécutive s'est réunie immédiatement pour constituer son Bureau.

Ont été élus : *Président*, M. Blatter.
Vice-présidents, MM. Pont, de Lyon, Rodolphe.
Secrétaire général, M. H. Villain.
Secrétaires-adjoints, MM. Barden, Dupontreué.
Trésorier, M. Ferrand.

La Commission a décidé que le titre et les statuts seraient déposés dès le lendemain.

Elle a chargé son Bureau, auquel ont été adjoints les rapporteurs, de faire dès à présent toutes diligences pour la publication des rapports, leur remise aux pouvoirs publics et de prendre toutes mesures propres à faire aboutir les revendications odontologiques.

VARIA

Les Dentistes au Salon des Médecins.

Après l'*Orchestre médical*, voici, à l'actif des médecins, une nouvelle manifestation artistique fort réussie, le *Salon des Médecins*, qui vient d'avoir lieu pour la troisième fois. Je regrette de n'avoir eu que dans les derniers jours le loisir de le visiter, car j'aurais engagé nos lecteurs à lui consacrer une heure, qui n'aurait assurément pas été perdue.

Cette exposition groupait environ 250 œuvres qui, si elles ne sont pas toutes des chefs-d'œuvre, forment un ensemble d'une moyenne cependant fort honorable et qui ferait figure dans un Salon de professionnels. Ingres aurait pu vivre de son violon ; nombre de « bicéphales » de ce Salon pourraient, grâce à leur palette ou à leur ébauchoir, s' « évader » de la médecine.

Le corps picturo-médical semble immunisé contre le virus du futurisme. Les cubistes n'y ont pas davantage fait de ravages, bien que, au dire des futuristes, ils soient déjà classiques, pompiers, et mûrs pour l'Institut : je n'ai vu au Salon des médecins que de la peinture saine.

Il y a à remarquer quelques portraits fort bien venus. Peu de natures mortes — naturellement. Les sujets médicaux n'abondent pas. Je citerai seulement une petite étude du Dr Desmier : sur un fauteuil dentaire, un patient; celui-ci porte une mentonnière, si serrée qu'elle s'incruste dans le crâne et paraît par sa pression augmenter singulièrement les dimensions antéro-postérieures de la tête. Néanmoins l'expression est intéressante ; le patient, le buste à demi dressé, semble suivre d'un regard curieux, et peut-être inquiet, les préparatifs du dentiste, qui n'est pas visible, mais que l'on devine en train de choisir des instruments dans ses tiroirs.

Si les sujets médicaux sont rares, les paysages constituent la grande majorité des toiles exposées : paysages d'été, paysages de vacances, traversés au moment où l'on aspire à se griser de plein air, où les yeux, las du noir qu'ils ont vu broyer toute l'année, se reposent en découvrant la richesse infiniment variée des jeux de la lumière sur la mer, la campagne, la montagne. Et cela se traduit par des œuvres pleines de sincérité, où l'impression s'est fixée dans toute sa fraîcheur, sans être gâtée ni faussée par trop de ce métier, renfermé dans les formules qui s'apprennent à l'atelier.

Trois dentistes ont pris part à cette exposition, et y tiennent une place enviable, MM. Capdepont et Ferrand, qui sont des vétérans

de ce Salon, et notre collaborateur R. Lemière qui y exposait pour la première fois.

M. Capdepont, qui est un aquarelliste distingué, a envoyé plusieurs tableaux dignes d'un maître. Le *Vieux sapin*, la *Mare* sont largement traités, ainsi que le *Vieux port de Marseille* et les *Rochers du Phare de Biarritz* ; mais je leur préfère de beaucoup ses deux autres envois, la *Maison*, d'une belle venue avec son jardin aux arbres à feuillage si divers de tons, dispensateurs d'ombrages propices au rêve et au recueillement — et la *Côte des Basques*, avec ses rochers érodés par la mer, avec au loin, les falaises et les maisons de Bidart et de Guethary, et à l'horizon dominant le tout, l'imposante silhouette de la Rhune.

M. R. Lemière a exposé quatre toiles : le *Pont Saint-Etienne à Limoges*, un peu schématique, peut-être parce que très lumineux, très ensoleillé ; — Un *sous-bois à Villeneuve l'Etang* où il a triomphé des difficultés inhérentes à ce sujet — une vue *sur le port de Cherbourg* — et enfin une vue *de Bruges* fort bien traitée : un antique beffroi, les eaux grises d'un canal, reflétant un ciel nuageux, mais qui n'empêche pas le soleil couchant de dorer le faîte des vieilles maisons, qui alignent, en bordure du quai, leurs toits en gradins.

M. Ferrand, qui est un virtuose du burin et de l'eau-forte, a envoyé deux gravures à la pointe sèche : *Pêcheuses de crevettes à Mers, l'Eglise de Nanteuil-le-Haudouin*, dans laquelle il a su rendre toute la poésie qui émane des vieilles pierres ; et une eau-forte d'une grande finesse, représentant des vaches au pâturage.

Et maintenant que s'est affirmé le succès du Salon des médecins, pourvu qu'il ne se trouve pas quelque *chromologiste* (?) pour demander le diplôme de docteur en médecine pour les peintres, sous prétexte que ceux-ci ont besoin de notions d'anatomie !

HENRI DREYFUS.

Dentistes sur l'océan.

Les grands bateaux qui naviguent sur les Océans immenses sont à présent de véritables petites villes où se rencontrent toutes les professions. Une des dernières innovations est le dentiste qui soigne à bord les rages de dents et arrache les molaires douloureuses.

C'est un dentiste parisien, qui faisait la traversée de France en Amérique, qui eut, le premier, l'idée, en constatant les souffrances de ses compagnons de voyage, d'offrir à la Compagnie ses services. Il fut agréé et, dès le premier voyage, il eut d'heureux résultats pécuniaires. Son exemple a donc été suivi. C'est que l'air de la mer a un effet considérable sur les nerfs des dents. (*Le Magasin Pittoresque*, 15 janvier 1912.)

NÉCROLOGIE

Mme Fauvel.

Nous apprenons la mort à l'âge de 45 ans, de Mme Fauvel, femme de notre confrère d'Alençon, et parente de M. René Miégeville, professeur à l'École dentaire de Paris, et de M. Paul Miégeville, notre confrère du Havre.

Nous adressons nos condoléances à nos confrères.

NOUVELLES

Fédération centrale des stomatologistes autrichiens.

A l'occasion du 10e anniversaire de sa fondation la Fédération centrale met au concours un prix de 500 fr. pour le meilleur travail inédit en stomatologie.

Sont admis au concours les travaux des médecins ou des chirurgiens-dentistes adressés entre le 1er mars 1912 et le 28 février 1913 au président de la Fédération. (Graben 31, Vienne 1, Autriche.)

Les manuscrits ne seront pas rendus.

Le jury a le droit de partager le prix en deux parties égales, si des travaux de valeur égale sont présentés; si aucun travail ne mérite le prix, l'attribution de celui-ci pourra être ajournée à 1 ou 2 ans au plus.

L'auteur s'engage à mettre son travail à la disposition de l'*Oesterreichische Zeitschrift für Stomatologie* pour sa première publication.

Les travaux doivent être remis prêts à être imprimés et paraîtront autant que possible dans le délai fixé pour la présentation. Chaque travail publié comportera les honoraires habituels de 80 fr. par feuille; les frais d'impression et de clichés seront supportés par la *Zeitschrift*.

Pour la Fédération centrale des stomatologistes autrichiens :

Dr Rodolphe Blum, *Secrétaire.* — Dr W. Herz-Frankl, *Président.*

Nomination.

Nous apprenons avec le plus vif plaisir la nomination, par arrêté du Préfet de la Seine en date du 16 mars 1912, de notre confrère M. Georges Martinier, chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris,

D. D. S., comme dentiste-adjoint des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Depuis plusieurs années, M. G. Martinier contribuait à assurer le service dentaire à l'Asile de Vaucluse avec son père, titulaire du service ; il est son suppléant. Il était donc tout légitime que la situation qu'il occupait effectivement fût consacrée par un titre officiel.

Nous adressons à M. Georges Martinier nos sincères félicitations.

Distinction honorifique.

Notre confrère M. Décolland, de Monte-Carlo, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'être nommé officier de l'Instruction publique.

Nous lui adressons nos vives félicitations.

Explosion d'un vulcanisateur.

Un vulcanisateur a fait explosion chez un mécanicien-dentiste de Freilassing (Autriche). Un jeune mécanicien de 20 ans qui travaillait dans la pièce où se trouvait l'appareil a été tué par l'explosion. (*Neue Freie Presse.*)

Canton de Zurich.

Le Grand Conseil du canton de Zurich a abordé les divers articles du projet de loi médical. Il a repoussé à une forte majorité deux propositions, l'une tendant à accorder l'autorisation de pratiquer aux techniciens-dentistes, l'autre à autoriser l'exercice de la médecine dite naturelle, après examen préalable des experts.

L'article relatif aux remèdes secrets a été renvoyé à la Commission, puis le Conseil s'est ajourné. (*Courrier de Genève.*)

Canton de Bâle-Campagne.

La loi sanitaire de Bâle-Campagne autorise le libre exercice de la profession de dentiste, de sorte que le premier venu peut pratiquer l'art dentaire. On compte plus de 40 dentistes dans le canton de Bâle-Campagne, dont un seul est possesseur du diplôme fédéral. C'est pourquoi le gouvernement propose au Conseil une loi exigeant dorénavant le diplôme fédéral pour exercer la profession de dentiste dans le canton. Quant aux trente-neuf qui ne sont pas diplômés, ils devront subir dans l'espace d'une année une épreuve qui leur permettra de continuer leur profession si cette épreuve est satisfaisante. (*Courrier de Genève.*)

32e ANNÉE. N° 8 30 AVRIL 1912 VOL. XLVII

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

CONSIDÉRATIONS ANATOMO - PHYSIOLOGIQUES SUR L'INNERVATION DENTO-FACIALE

(Communication faite à la Société d'Odontologie, 11 janvier 1912.)

Par CH. JEAY,
Professeur de clinique d'anesthésie à l'Ecole dentaire de Paris.

En vous donnant communication de mes recherches sur l'anesthésie régionale des maxillaires supérieurs et inférieurs, j'ai eu soin de vous dire que ce procédé n'avait pas pour but de remplacer l'anesthésie locale par les méthodes ordinaires, mais bien d'éviter dans la mesure du possible l'anesthésie générale là où l'anesthésie locale habituelle échouait, c'est-à-dire au cours d'inflammations ou de suppurations assez aiguës ou assez étendues pour rendre inefficace l'anesthésie cocaïnique par *infiltration directe* des tissus à opérer.

Quand nous intervenons au cours d'abcès alvéolo-dentaires importants, d'ostéo-périostite de la mâchoire, etc., etc., nous sommes dans des conditions particulières qui nous permettent de dire que nous avons à vaincre non seulement la sensibilité alvéolo-dentaire proprement dite, qui est fournie par les nerfs maxillaires, mais aussi celle des tissus avoisinants ; il y a là toute une masse de tissus hyperesthésiés qui concourt aux phénomènes douloureux et mon expérience clinique, qui porte à l'heure actuelle sur plus de 67 cas dûment reportés sur les registres de l'Ecole, me permet de vous affirmer que, dans ces cas-là, il est indispensable

de poursuivre la sensibilité non seulement dans le tronc nerveux principal, nerfs maxillaires supérieur ou inférieur, mais aussi dans les branches d'innervation collatérale.

Dans la présentation de ma technique faite tout récemment à la Société d'oto-rhino-laryngologie de Paris, un ses membres, le Dr Münch, a mis en doute l'utilité de cette précaution. Qu'il me permette de lui rappeler encore une fois que, dans les interventions précitées, toutes extrêmement douloureuses, nous ne sommes pas dans les conditions d'un curettage sinusial, où presque toujours la muqueuse pituitaire est seule malade et où il n'y a pas tout un ensemble, toute une masse dentaire, osseuse, périostique et gingivale absolument hyperesthésiée.

Enfin, lors de la discussion de cette même technique qui a eu lieu en novembre dernier ici même, mon collègue le Dr Roy a bien voulu m'accorder a priori l'utilité de cette précaution au cours d'une méthode qu'il n'avait pas encore pratiquée, tout en en paraissant très partisan, mais il me reprit sur un mot malheureux que j'eus en parlant. Je disais que cette précaution indiscutable cliniquement était explicable par ce fait que le nerf facial était « *un nerf mixte* ».

Je reconnais avoir eu tort d'employer une telle expression : le nerf facial n'est plus considéré aujourd'hui comme un nerf mixte, c'est un nerf presque essentiellement moteur; mais lui nier toute fonction de sensibilité serait nier également une évidence.

Cette question prend pour moi, pour mes recherches, une très grande importance, car je n'ai pris cette précaution d'injecter au niveau des nerfs collatéraux, précaution qui est en somme une complication, que du jour où mon expérience clinique m'a prouvé qu'elle était indispensable. Je ne suis pas le seul d'ailleurs à l'avoir observée: mon collègue M. Blatter ne m'a-t-il pas dit qu'un élève du service de M. Pinet avait rencontré la même nécessité d'injecter au niveau du trou mentonnier lorsqu'il cherchait l'anesthésie du maxillaire inférieur par une injection à l'épine de Spix selon la méthode de Nogué ?

Quoi qu'il en soit, ce sont ces raisons qui me déterminent à vous expliquer ce soir le mécanisme de cette sensibilité persistante, du moins tel que je le conçois.

Chaque fois qu'un malade a été régionalement anesthésié, j'ai suivi et guetté la progression de l'anesthésie en piquant ses muqueuses buccales et nasales. J'ai toujours observé pour le maxillaire supérieur par exemple, que le groupe postérieur, celui des molaires, se prenait le premier et complètement, ensuite le groupe antérieur et le groupe médian ; mais, au niveau du groupe antérieur, *si je n'avais pas eu soin d'injecter au trou sous-orbitaire*, je remarquais toujours une anesthésie complète pour la face palatine, incomplète pour la face externe. Il n'y avait parfois qu'une sorte de demi-anesthésie au niveau de la muqueuse gingivale antérieure des incisives et de la fosse canine. Je dis demi-anesthésie pour bien vous faire comprendre qu'il y avait *moins de sensibilité* comparativement au côté non injecté, c'est-à-dire au maxillaire opposé, mais pas *une insensibilité absolue*.

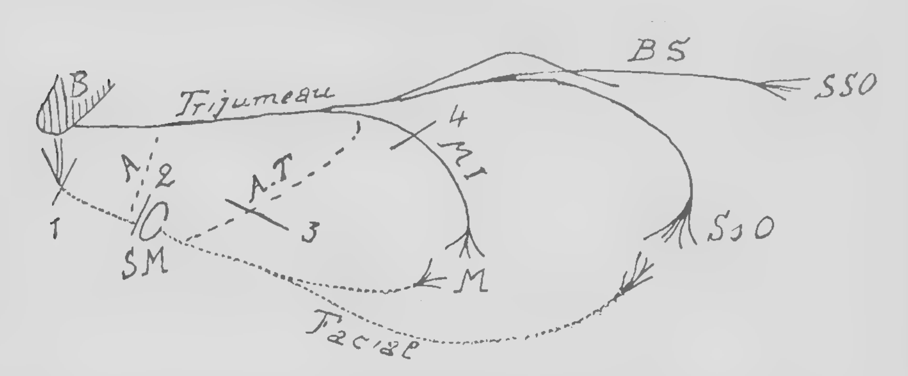
Comment donc expliquer le fait de cette anesthésie incomplète au niveau de l'extrémité du nerf maxillaire supérieur, c'est-à-dire du sous-orbitaire, alors que l'anesthésie absolue de la muqueuse palatine et surtout des cornets nasaux prouve péremptoirement que mon injection a bien touché le fond de la fosse ptérygo-maxillaire, car ces nerfs naso-palatins partent du ganglion de Meckel, accolé au tronc du maxillaire supérieur, en haut et au dedans, à quelques millimètres de sa sortie du crâne ?

Comment expliquer cette sensibilité relative de l'extrémité du nerf maxillaire persistant parfois, alors que l'anesthésie de toute sa portion profonde paraît absolue ?

J'ai pensé en trouver l'explication dans une expérience célèbre de Claude Bernard.

A cette époque, on considérait encore le nerf facial comme un nerf mixte, on acceptait encore le rôle de sensibilité du nerf intermédaire de Wrisberg. Claude Bernard vint la détruire.

Pour vous permettre de suivre cette expérience, je vais tracer le plan très schématique suivant :



De la partie inférieure du bulbe (B) part le trijumeau se divisant en trois branches, supérieure (B. S.), moyenne (M. S.), inférieure (M. I.). Plus bas part également du bulbe, et en deux racines, le facial sortant du crâne par le trou stylo-mastoïdien (S. M.) et se divisant, entre autres, en deux faisceaux, l'un s'épanouissant au trou mentonnier (M.) pour s'anastomoser avec le nerf maxillaire inférieur (M. I.), l'autre au trou sous-orbitaire (S s. O.) pour s'anastomoser avec le nerf maxillaire supérieur (M. S.).

Claude Bernard sectionnait le facial au niveau de ses deux racines (1) pour prouver que sa sensibilité ne venait pas de celles-ci et détruire par ce fait l'hypothèse du nerf intermédiaire de Wrisberg, comme racine sensitive, puisque de ses racines, malgré cette section, tout le nerf restait sensible. Ensuite, il resectionnait le facial juste avant sa sortie du trou stylo-mastoïdien (S. M.) ; la portion moyenne du nerf comprise entre ces deux sections, 1 et 2, conservait sa sensibilité : elle lui était en effet donnée par ses anastomoses avec l'auriculaire.

Faisant ensuite constater que toute la portion inférieure du nerf, jusqu'au trou mentonnier (M.) et sous-orbitaire (S. s. O.), était toujours sensible, il sectionnait (3) l'auriculo-temporal (A. T.) avec lequel le facial s'anastomose : immédiatement toutes les extrémités du facial (M. et S. s. O.)

devenaient insensibles. C'était bien prouver que la sensibilité de cette portion du nerf était due à ses anastomoses avec l'auriculo-temporal, rameau du nerf maxillaire inférieur.

Telle était dans toute sa simplicité cette magistrale expérience démontrant le mécanisme de la sensibilité dite « RÉCURRENTE » du facial.

Considérons maintenant mon schéma et songeons à ce fait que, lors de mes injections dans la fosse ptérygo-maxillaire, la pseudo-sensibilité du sous-orbitaire peut être parfaitement due aux anastomoses avec le facial, puisque celui-ci est resté sensible, étant donné qu'il dépend dans cette fonction d'une portion du trijumeau qui est, elle, restée à l'état de veille. De même pour les injections pratiquées à l'épine de Spix (4), cette nécessité d'intervenir également au niveau du trou mentonnier me paraît expliquée, puisque l'auriculo-temporal appartient encore à une région de ce même nerf qui est au delà et n'a pas été touchée par l'anesthésique.

Telle est du moins l'explication que j'ai cru pouvoir donner à ce fait clinique indéniable, constant surtout dans nos interventions extrêmement douloureuses, où toute une masse de tissus hyperesthésiés concourt au phénomène douleur. Je le répète, ce n'est pas pour le plaisir de compliquer ma technique, c'est par pure nécessité que j'agis ainsi.

J'ai cru pouvoir expliquer ainsi les phénomènes que j'ai constatés ; mais comme je cherche avant tout la vérité, je serais très heureux que mes collègues puissent, le cas échéant, m'en donner une autre explication rationnelle et indiscutable.

EMPLOI DE L'AIR CHAUD

(Communication à la Société d'Odontologie, 11 janvier 1912.)

Par M. JOLIVET,

Démonstrateur à l'École dentaire de Paris.

Je ne veux pas venir ce soir vous entretenir des usages de l'air chaud ni des avantages considérables que nous en retirons. Nous l'employons dans notre cabinet d'une façon permanente et nombreux sont les confrères qui se sont occupés déjà de cette question.

MM. Poinsot et Telschow furent les premiers à parler de la question, l'un en juillet 1882, l'autre en août 1883. Puis M. Barbe présenta un petit chauffeur électrique et fit à ce sujet une communication qui fut publiée dans *L'Odontologie* du 1er octobre 1883. Ce fut lui le père de nos appareils à air chaud électriques.

En 1902, le docteur Mahu vint à la Société d'Odontologie faire une communication très intéressante et montrer un appareil à chauffage extérieur permettant d'employer l'air chaud en odontologie.

En 1905, M. Poteau, de Laval, faisait le 17 octobre, à la même Société une communication sur un injecteur à air chaud et un brûleur de cabinet, dont l'usage était plus pratique que celui de la poire à air chaud.

M. R. Lemière, au Congrès de Lille, en août 1909, nous montra tous les multiples avantages que l'on peut retirer de l'usage de l'air comprimé dans le cabinet, l'air comprimé que l'on pouvait employer à toutes températures au moyen d'un chauffage électrique.

MM. Morineau et Ch. Jean, le 1er mars 1910, firent un compte rendu détaillé des emplois de l'air chaud et des températures auxquelles on devait en faire usage.

Enfin, et je l'ai conservé pour n'en parler qu'en dernier lieu, le travail le plus important que je connaisse sur l'air chaud, au point de vue dentaire, a été fait par M. Eilertsen,

en août 1910; à ce moment il nous rappela que déjà en 1889 il avait traité de la question au Congrès International, sous le titre « De l'air chaud et des différents procédés de réglage de la production de la température ».

Je n'essaierai même pas de vous résumer, ne serait-ce qu'en quelques mots, tout ce qui fut dit sur cette question à la fois si simple et si compliquée.

Le seul reproche que je fasse à tous les appareils cités dans ces communications, est leur complication (sauf ceux de M. Poteau qui avaient le chauffage directement, mais n'étaient pas réglables comme température).

C'est pourquoi j'ai étudié un moyen simple, pratique, de pouvoir mettre à la portée de nous tous, aussi bien dans les hôpitaux que dans les cliniques, un appareil à température et à pression réglables à la volonté de l'opérateur.

C'est de cet appareil que je vais avoir l'honneur de vous entretenir ce soir.

Il se compose, comme tous les appareils similaires, d'un tube de chauffe interchangeable, formé d'une résistance d'un fil très fin et long, en alliage de tantale et de platine ; son avantage et la nouveauté du procédé résident dans ce fait que la finesse du filament permet de le porter à l'incandescence, avec un nombre très faible d'ampères et autorise son emploi sans autre accessoire que le petit tableau ci-joint, supprimant ainsi les transformateurs coûteux et facilement déréglables. La simplicité de ce dispositif est en effet remarquable : il se compose uniquement de deux lampes formant résistance que le courant traverse avant de se rendre dans l'appareil. Suivant que l'on allumera l'une ou l'autre de ces lampes, ou les deux ensemble, l'on obtiendra des différences de température pouvant aller depuis l'air tiède jusqu'à des chaleurs considérables.

On peut se demander quel a été mon but en construisant cet appareil ? Il a été le suivant : Pouvoir employer en n'importe quel lieu où je me trouverais, soit à l'Hôpital, soit dans des cliniques, soit ici même, à l'Ecole, la soufflerie à air chaud. Il suffit en effet de la brancher directement sur

110 volts, à la place d'une lampe. Son encombrement est très minime, son poids léger et son transport, dans une serviette, très facile, son fonctionnement est très simple : l'air qui la traverse peut être envoyé par quelque source que ce soit : soufflerie à main, à pied, électrique ou encore, comme je l'avais chez moi, au moyen d'une pompe actionnée par un moteur.

J'ai depuis quelque temps à l'étude le système des bouteilles d'air Michelin (employées pour gonfler les pneumatiques des voitures automobiles) et c'est ce système qui me paraît très pratique, bien que n'étant pas une nouveauté, que j'emploie depuis deux mois et demi et qui me rend de très grands services, m'ayant permis de supprimer un moteur, une pompe et un compresseur d'air.

Pour mes cliniques d'hôpital je me sers, comme ce soir, d'une soufflerie à pied.

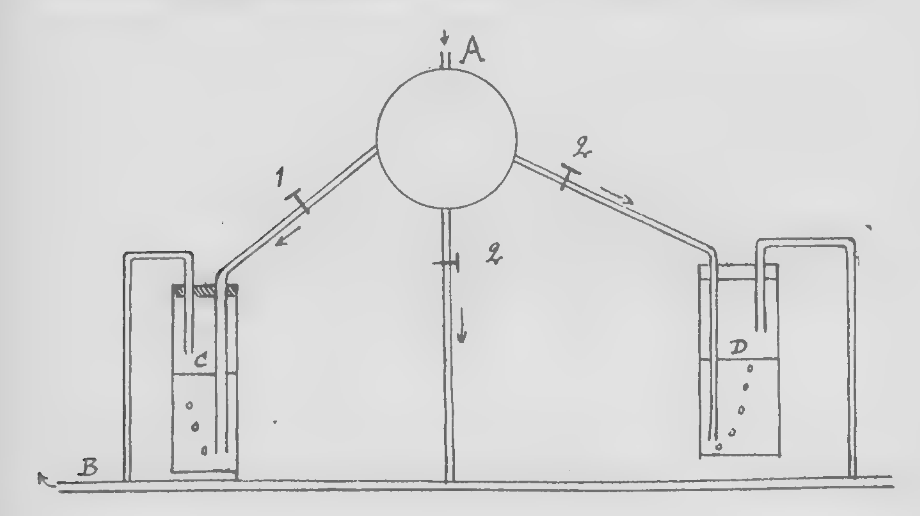
La dépense est très minime; le prix du courant est très faible et il ne se consomme à l'heure qu'un hectowatt et demi.

Avec cet appareil on peut régler la chaleur au moyen de lampes et de la façon la plus simple, suivant la source employée: si c'est une soufflerie à pied, en pompant plus ou moins d'air, si c'est un compresseur en faisant tourner plus ou moins vite le moteur, si enfin c'est une bouteille d'air liquide en laissant échapper plus ou moins d'air.

Je ne vous décrirai pas chacun de ces appareils, ce serait abuser de vos instants et je ne vous parlerai que des températures que l'on peut obtenir: Cette soufflerie me permet de fondre du soufre facilement en employant des lampes de 32 bougies au lieu de 25.

Toutes les combinaisons sont en effet possibles en variant le nombre de bougies des lampes et l'on peut facilement, sans crainte de fusion du filament, faire monter le nombre d'ampères à 2, c'est-à-dire en employant des lampes de 32 bougies, et à ce point l'on obtient des températures dépassant 120°, température plus que suffisante, de l'avis des auteurs des ouvrages antérieurs.

Je ne vous signalerai, en terminant, qu'un petit point dont je n'ai pas tout à fait terminé l'étude et sur lequel je reviendrai plus longuement plus tard : les vapeurs antiseptiques.



J'ai adapté à cet effet à ma soufflerie, dans mon cabinet, le petit dispositif suivant, très simple :

Je ne dirai que deux mots de la disposition du robinet à trois directions, 1, 2, 3 qui permet de faire tous les mélanges que je désire en médicaments.

En effet, l'air comprimé arrive en A et s'en va en B. Ce tuyau peut recevoir soit de l'air pur en ouvrant le robinet 2, soit de l'air qui aura barbotté dans le médicament contenu dans le récipient C ou D ou encore de l'air mélangé du robinet 1 du récipient C et du pur du robinet 2 ou 2 et 3 ou 1 et 3 ou enfin de tous ensemble si l'on désire, mais, je le répète, je ne cite ce procédé que comme idée. Certains médicaments s'oxydant en présence du fil incandescent et se transformant en corps nouveaux, je suis à même d'étudier cette question et je vous en parlerai plus tard.

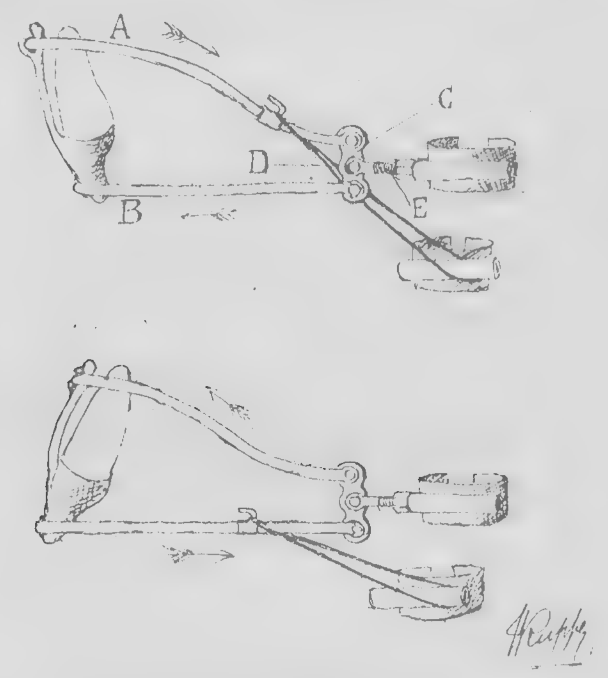
ARC DOUBLE A COMMANDE UNIQUE ET A RÉGLAGE AUTOMATIQUE

(Communication faite à la Société d'Odontologie, le 11 janvier 1912.)

Par Louis Ruppe.

Il y a des cas d'anomalie des incisives supérieures, en vestibulo-version coronaire et linguo-version apicale et inversement en linguo-version coronaire et vestibulo-version apicale, où, pour corriger, on doit produire deux mouvements simultanés et contraires dans des proportions tantôt égales, tantôt différentes.

Mon appareil se compose de 2 arcs A et B, leurs extrémités sont adaptées chacune par un rivet non serré sur une plaquette C.



Sur un point D dé cette plaquette, point dont l'emplacement en hauteur doit varier suivant le cas, est fixée, toujours par un rivet lâche, une tige filetée E. Cette tige porte un écrou et entre dans le tube de la bague.

Le tout assemblé est mobile et les articulations se font au niveau des rivets.

Les arcs ont un mouvement antéro-postérieur en sens inverse l'un de l'autre et solidairement suivant l'oscillation du petit levier C autour du point D comme point d'appui : autrement dit la distogression de l'arc supérieur entraîne la mésio-gression de l'arc inférieur.

Le rapport de la force et de la course des deux extrémités du levier C l'une par rapport à l'autre est réglé par leur distance au point d'appui D, qu'on peut faire varier suivant les cas, d'après les lois des leviers.

Le sens du basculement est déterminé par l'application méthodique d'anneaux élastiques.

PORTE-EMPREINTES A BÊCHES

(Communication faite à la Société d'Odontologie, le 5 mars 1912.)

Par H. LÉGER-DOREZ.

L'emploi des métaux coulés dans la confection de l'appareil dentaire n'aurait pas sa raison d'être s'il était exécuté sur le modèle obtenu d'une empreinte prise à la cire ou au stents. Ce même travail prend une importance capitale si le modèle bosse a été obtenu d'une empreinte prise au plâtre. J'entends une bonne empreinte au plâtre.

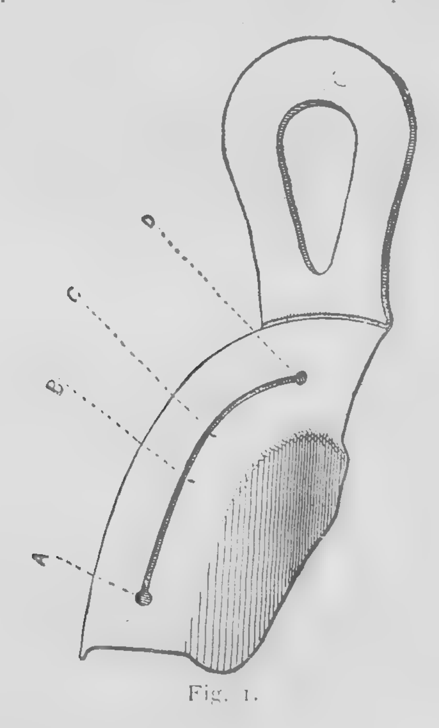


Fig. 1.

Rien n'est plus difficile que d'acquérir le tour de main nécessaire à la prise d'une bonne empreinte. Il faut un très grand entraînement pour arriver à la bien briser dans la bouche, la briser en fragments suffisamment volumineux pour pouvoir être repérés avec une assez grande précision afin qu'aucune déformation n'en altère la pureté.

Pour séparer en fragments importants, le mouleur se sert de fils enduits de savon, de feuilles de papier gras, de moules juxtaposés, coulés les uns sur les autres.

Chez nous, malheureusement, aucun de ces procédés ne peut nous

venir en aide, nous devons d'emblée « noyer » la mâchoire dans la masse, la laisser durcir, puis briser le pourtour afin de dégager le noyau central.

Depuis bien des années, nous avons essayé de trouver le moyen de séparer les fragments d'une empreinte, juste au milieu des faces triturantes, sans arriver à des résultats précis. Tout dernièrement cependant pour nos travaux des bridges sur bagues fendues, qui demandent des modèles de la plus grande précision, nous avons apporté une modification assez importante dans la prise de nos empreintes partielles : une lame de cire placée verticalement au plan du porte-empreinte dans ces espaces vides de dents permettait de briser le plâtre au milieu de ces espaces. Malheureusement ces lames de cire se détérioraient et devenaient un obstacle dans le raccordement des fragments de l'empreinte de plâtre. Ce procédé repoussé nous a servi cependant à nous guider vers un porte-empreinte pratique que nous baptiserons de « Porte-empreinte à Bêches ».

Voici en quoi il consiste :

Dans le fond d'un porte-empreinte (fig. 1) sont pratiqués quatre trous A. B. C. D. Ces trous sont réunis par un fort trait de scie, lequel est élargi avec des limes à séparer un peu épaisses, afin de constituer deux fentes bien régulières, allant de A à B et de C à D.

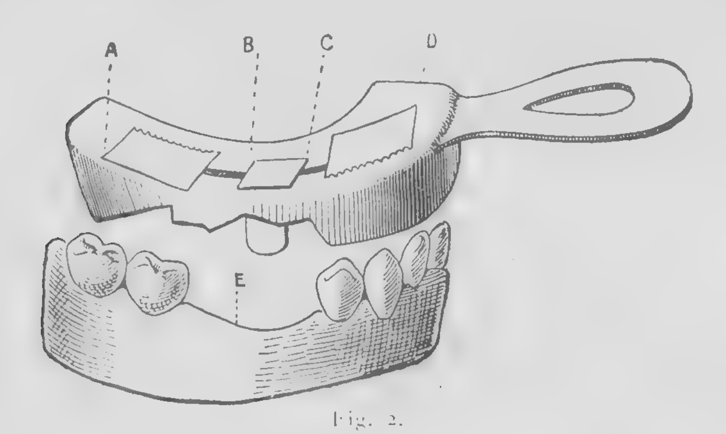


Fig. 2.

Dans une plaque de zinc de l'épaisseur correspondant aux fentes sont découpées de petites bandes de 3/4 de centimètre environ de largeur sur 1 1/2 à 2 centimètres de long (fig. 2 de face). Bout à bout en forme de T une petite plaquette de même métal de 1/4 de centimètre est soudée avec un point d'étain (fig. 3).

L'appareil est prêt pour la prise d'une empreinte. Passons maintenant au fonctionnement de l'appareil qui est des plus simples.

Supposons la prise d'empreinte de cette semi-mâchoire inférieure.

Le plâtre emplit le porte-empreinte qui va s'appliquer à fond dans la mâchoire.

Des feuilles de papier à timbre obturent les fentes du porte-empreinte de A à B et de C à D. Au contraire, dans la partie B à C, la fente reste libre.



Fig. 3.

Supposons le porte-empreinte appuyé à fond dans la bouche avec le doigt, le plâtre qui a passé par la fente entre B et C où il n'y a pas de papier collé est retiré, et dans cette limite, la petite « bêche » en zinc (fig. 3.) est plantée, puis enfoncée dans la coulisse restée libre jusqu'à ce qu'elle touche la gencive (E fig. 4).

Dès que l'albâtre est solidifié, le porte-empreinte est détaché entraînant la petite « bêche » qui, huilée préalablement, n'adhère nullement au plâtre.

Replaçant maintenant l'extrémité de la petite « bêche » dans la fente par elle laissée dans le plâtre, si l'on imprime une légère poussée de dehors en dedans sur l'extrémité libre de cette bêche, immédiatement et plus ou moins heureusement l'empreinte se brisera juste en son milieu le plus épais.

On comprendra bien vite le grand avantage de ce simple procédé. Il peut être appliqué en grand sur toutes les mâchoires ; il suffira de repérer l'endroit où il manque des dents et d'introduire autant de « bêches » qu'il y aura d'espaces libres, la manœuvre de séparation restant la même.

Nous sommes parvenu avec ce procédé à réaliser des empreintes si parfaites qu'il nous est à présent possible d'exécuter d'emblée des bridges sur bagues fendues, qui s'emboîtent avec la plus grande précision sans réclamer la plus petite retouche, ce qui constitue l'idéal de ce travail, étant donnée l'impossibilité dans laquelle l'opérateur se trouve de ne pouvoir rien essayer.

REVUE ANALYTIQUE

L'espace interdentaire et les caries proximales.

Dans une arcade normale, les faces proximales de deux dents contiguës sont convexes et ne prennent contact que par un seul point, situé près de la face triturante ou du bord triturant. Au delà de ce point de tangence, les faces proximales divergent vers le collet, limitant un espace en forme de pyramide, espace interdentaire ou interproximal.

Cet espace a une grande importance au point de vue de l'intégrité non seulement des dents, mais encore des gencives, des ligaments alvéolo-dentaires et des maxillaires, en un mot de toute la région gingivo-dentaire.

Sur le squelette, les tissus mous étant enlevés, l'espace interdentaire se présente, qu'on le regarde du côté lingual ou palatin, du côté labial ou vestibulaire, sous forme d'un triangle dont la base est formée par la crête du procès alvéolaire, les côtés par le profil des faces proximales des dents et la pointe se trouve au point de contact. Du côté des faces triturantes, on aperçoit ces deux V, lingual et vestibulaire, dont le sommet commun est toujours le point de contact, et les branches sont figurées par les faces proximales qui divergent, à partir de ce point, vers les surfaces palatine et vestibulaire.

A cause de la plus grande convexité des faces proximales des prémolaires, leurs espaces interproximaux sont plus larges que ceux des incisives ; les espaces correspondants des molaires sont quelque peu plus larges que ceux des bicuspides.

Normalement, les espaces interproximaux sont occupés par du tissu gingival et tel est le cas chaque fois que ces espaces sont conservés dans le cas d'obturations proximales, pourvu que l'adhérence des tissus mous ne soit pas altérée par une cause pathologique ou mécanique. Le tissu gingival qui remplit les espaces interproximaux est le prolongement de celui qui recouvre les surfaces vestibulaire et linguale du procès alvéolaire. C'est un tissu fibro muqueux qui sertit le collet des dents et s'étend au delà du collet en recouvrant une légère surface d'émail, l'espace entre le collet et le bord libre de la gencive est la marge gingivale.

Le septum gingival a la forme pyramidale de l'espace interdentaire qu'il remplit, il apparaît également comme un V quand on le regarde par les faces linguale, vestibulaire ou triturante, le sommet du V étant au point de contact.

Un espace interproximal rempli d'un septum gingival de cette forme offre la protection idéale aux surfaces proximales des dents qui le constituent. Les particules de nourriture poussées dans cet espace pendant la mastication se heurteront au point de contact, s'y diviseront et seront renvoyées vers l'une ou l'autre des surfaces linguale ou

vestibulaire, d'où elles seront chassées par les aliments qui leur succéderont. Dans le cas où les parcelles d'aliments passeraient le point, de contact ce dernier étant réellement un point, elles n'y seront pas retenues et seront encore chassées du côté lingual ou vestibulaire par le reste du bol alimentaire.

Au contraire, si les contacts sont larges et plats, c'est-à-dire, si ce sont des surfaces au lieu d'être des points, les particules alimentaires seront beaucoup plus facilement saisies entre les faces proximales et ne seront pas chassées par la mastication en dehors de l'espace interdentaire réduit à un couloir étroit, et elles iront successivement vers le fond jusqu'à former une masse compacte. L'auteur indique les conséquences qui en résultent ; prédisposition à la carie, maladies des gencives, lésions articulaires.

Les obturations proximales devront rétablir les faces mésiales ou distales des dents, non pas seulement telles qu'elles se présentaient au moment où le spécialiste a eu à intervenir — car à ce moment le contact normal pouvait avoir été altéré — mais en se rapprochant le plus possible de la forme et de la position anatomiques que doivent avoir ces faces. Le point de contact sera placé près de la face triturante. L'obturation sera rendue convexe de manière à ce que l'on ait bien un point et non pas une surface de contact. Au delà de ce point, les faces proximales obliqueront vers le collet de manière à rétablir le triangle interdentaire.

Mais cette opération ne pourra donner de bons résultats que si le septum gingival a été respecté et conservé au cours des manœuvres préparatoires, c'est-à-dire, pendant le traitement des caries.

Par contre, en respectant le septum gingival et en rétablissant le contact normal des dents ainsi que l'espace triangulaire interproximal, on réalisera les avantages suivants :

1° Voisinage du point de contact avec une zone d'émail épaissi, d'où plus grande immunité de la dent contiguë contre la carie.

2° Si la nourriture s'introduit en petite quantité dans le triangle interdentaire normal elle en est facilement chassée et n'a que peu de chance d'être retenue.

3° Opposition à la rétention de la nourriture entre les points de contact normalement placés, c'est-à-dire près de la face triturante, car les aliments sont facilement refoulés par la mastication.

4° Le septum gingival n'étant pas comprimé et ayant une place suffisante pour la libre circulation du sang offre une plus grande résistance aux influences destructives.

(M. Guibaud, *Province dentaire*, 15 février 1912.)

L'antisepsie buccale par l'iode.

Lorsqu'un malade présente un degré marqué de fétidité de l'haleine dont la cause semble tenir aux dents, M. Carles recommande le procédé suivant :

Dans 20 grammes de teinture d'iode du codex ajouter 1 gr. d'iodure de potassium et loger le mélange dans un flacon compte-gouttes. Pour

l'usage, verser 1 à 3 gouttes dans un quart de verre d'eau tiède et avec ce topique faire rincer minutieusement la bouche. L'eau supportera d'autant plus de gouttes qu'elle sera plus chaude.

Si on se servait de teinture d'iode seule, ellè serait dissociée par l'eau, l'iode se séparerait et, se fixant localement sur les muqueuses, déterminerait une saveur désagréablement tenace.

Avec l'iodure de potassium, l'iode reste toujours dissous et sa saveur devient douce et supportable. A cause de cette dissolution, il pénètre dans les parties les plus cachées de la bouche, se fixe temporairement sur les muqueuses et répand pendant un quart d'heure ou plus des vapeurs sensibles à l'odorat des voisins. Si on se souvient en ce moment que c'est un désodorant et un antiseptique à la fois de premier ordre, on comprendra qu'il puisse rendre service en même temps à l'opérateur et à l'opéré sur l'émail dentaire duquel on va faire des solutions de continuité.

L'auteur pense que l'usage de teinture d'iode iodurée poursuivi régulièrement dans ces conditions est capable d'enrayer la marche de la carie, sinon de la prévenir strictement utile.

J'affirme que l'iode ioduré ne jaunirait pas les dents, même après plusieurs mois d'usage. La teinte de cette eau iodo-iodurée serait insuffisante pour cela. En exagérant même fortement les doses, la couleur jaune de l'iode fixé en milieu buccal ne serait que bien éphémère.

(Gaz. hebd. des sciences méd.)

Traitement de la tuberculose de la muqueuse buccale.

La tuberculose peut affecter toutes les parties de la bouche, de l'arrière-bouche et du pharynx. Sont touchés par ordre de fréquence : la langue, le pharynx, le voile de palais, les lèvres (bord libre et connaissant) les amygdales.

Le traitement est très précaire. Le nombre des moyens proposés prouve leur inefficacité relative.

On essaie de faire cicatriser les ulcérations en les badigeonnant avec l'acide lactique étendu de 90 à 10 p. 100, le baume du Pérou (Lassar), la teinture d'iode, le phénol sulforiciné à 40 p. 100.

On calme les douleurs avec des pulvérisations d'huile mentholée, des applications d'orthoforme, d'antipyrine ou mieux d'anesthésine qui m'a réussi dans un cas, des attouchements avec la cocaïne ou la stovaïne en solution au centième. Cornet propose, d'après Veil, de dissoudre un cristal d'acide trichloracétique dans une goutte d'eau et d'en imbiber une petite pointe d'ouate hydrophile avec laquelle on touchera les ulcérations tous les 4 à 6 jours.

On a conseillé de traiter les lupus par des scarifications suivies de pansements avec la liqueur de Van Swieten ou d'attouchements avec la glycérine iodée ou le naphtol camphré (Boulay). L'exérèse a des indications plus rares, ainsi que le curettage et l'ignipuncture qui n'ont plus guère de partisans.

Les abcès froids ou gommes de la langue peuvent être traités par les injections modificatrices d'huile iodoformée et créosotée ou par le

procédé de Le Dentu qui consiste à faire l'extirpation large de l'abcès, suivie de réunion immédiate.

Enfin Schuchardt, Reuvers et Rosenberg conseillent la tuberculinothérapie et Lassar recommande l'hétol ou cinnamate de soude.

(A. ROBIN, *Journal des Praticiens.)*

Mort au cours de l'anesthésie au moyen du mélange protoxyde d'azote oxygène.

L'éther est l'anesthésique de choix employé à la Clinique chirurgicale de Lund, dont le directeur est le prof. Borelius. Exceptionnellement, on a recours au mélange protoxyde d'azote oxygène : c'est ainsi que pendant toute une année, treize narcoses seulement ont été pratiquées avec cet anesthésique ; il s'agissait de sujets chez lesquels l'éthérisation était contre-indiquée, par suite d'âge avancé, de sclérose des artères coronaires, d'obésité, de cachexie avancée ou de tuberculose pulmonaire. Bien que le nombre de ces anesthésies ait été très réduit, on a eu à déplorer un cas de mort. En voici l'observation, telle qu'elle est donnée par M. Olow, assistant de la clinique *(Beit. zur Klin. Chirurgie,* 76[e] V, 3[e] C.).

Un homme de cinquante-trois ans, de très bonne santé antérieure, mais très corpulent (pesant 130 kilogs) et facilement essoufflé, était entré à l'hôpital pour se faire enlever un corps étranger du genou. Comme le patient était manifestement emphysémateux et présentait des signes de sclérose coronaire, on décida de se servir de l'anesthésie au protoxyde d'azote. Une demi-heure avant le commencement de la narcose, qui eut lieu à 9 h. 30, on avait fait une injection hypodermique de 0,01 centigr. de morphine. On commença par donner du protoxyde d'azote peu mélangé d'oxygène, puis peu à peu la proportion d'oxygène fut augmentée. Le malade respirait tranquillement et sans peine, les pupilles étaient un peu dilatées, la coloration du visage quelque peu livide, le pouls régulier et fort. A 9 h. 33, le sommeil n'était pas encore profond, car le sujet faisait quelques mouvements et les paupières remuaient par moments : tout à coup, le malade se cyanosa. Immédiatement l'arrivée du protoxyde fut supprimée, et on donna à respirer de l'oxygène pur. Mais la respiration s'était arrêtée, et tous les moyens mis en œuvre (injections d'éther, respiration artificielle, tractions rythmées de la langue) échouèrent.

Les résultats de l'autopsie furent intéressants : dans les deux ventricules on trouva des gaz et un sang très foncé et fluide ; quelques caillots dans le ventricule droit ; les deux ventricules étaient d'ailleurs augmentés de volume. On ne découvrit pas trace de lésion valvulaire. Il existait de la sclérose des artères coronaires et une aortite dont la nature syphilitique ne pouvait faire l'ombre d'aucun doute. Le vestibule du larynx était cyanotique, mais non œdémateux.

L'auteur attribue la mort à une syncope due aux troubles cardiaques observés : aortite syphilitique, hypertrophie secondaire du cœur, sclérose des artères coronaires, dégénérescence du myocarde.

(*Bulletin médical.*)

L'emploi de la digitale en art dentaire.

Il se présente bien des cas où il est tout indiqué d'employer des substances destinées à régler la pression sanguine.

En première ligne les hémorragies post-opératoires qui n'ont pas toujours pour cause l'hémophilie, ou l'anémie, mais bien souvent sont occasionnées par un retard des règles, par des troubles collatéraux de la circulation.

Le tamponnement est resté quelquefois sans résultat ; l'auteur s'est servi d'une préparation « Digitalysat » de 15 à 20 gouttes pour produire un arrêt de l'hémorragie au bout de une à quatre heures.

S'en servir chez l'hémophile avant de procéder à l'extraction dans la congestion de la pulpe, provoquée par l'application de l'acide arsénieux.

Quand il y a des douleurs névralgiques occasionnées par des débris pulpaires enflammés restés dans des dents traitées et devenues sensibles à la suite d'un refroidissement ou d'infection, 15 gouttes matin et soir pendant quelques jours, donnent de très bons résultats.

(Jung, *Deutsche Zahnärztliche Zeitung*, avril 1911.)

L'importance d'un diagnostic certain de l'affection de la pulpe avant son traitement.

On néglige trop le diagnostic dans le traitement de la pulpe.

Généralement l'on s'occupe de savoir si la pulpe est morte ou vivante et selon le cas l'on applique un calmant avec l'acide arsénieux. On ouvre la chambre pulpaire et l'on introduit une boulette de coton avec un médicament que l'on trouve au hasard s'il s'agit d'un 3e degré et l'on fait revenir le patient.

Il faudrait connaître exactement dans quel état se trouve la pulpe pour faire un traitement judicieux.

Savoir s'il s'agit d'une hyperémie active (hyperémie artérielle) ou d'une hyperémie passive (hyperémie veineuse) ou d'une véritable inflammation, ou s'il s'agit de la destruction de la pulpe par des microbes pyogènes ou simplement de la destruction de la pulpe avec formation des gaz.

Le diagnostic différentiel est facile à faire : lorsqu'il s'agit d'une hyperémie aiguë active la dent est sensible, il y a une irritation qui s'arrête sans traitement.

L'application d'un calmant est efficace, un mélange de thymol et menthol est très recommandable ; ils ont la propriété, l'un de guérir l'hyperémie, l'autre de stériliser la dentine. Renfermer le pansement hermétiquement avec du ciment et la séance suivante nettoyer la dent, mettre du ciment au fond si la pulpe n'est pas atteinte. Si la pulpe est atteinte la couvrir d'une pâte au thymol.

Quand il s'agit d'une hyperémie passive, ne pas hésiter de dévitaliser ; il y a eu transsudation et diapedèse, la douleur est prolongée, et survient sans cause d'irritation. Quand il y a véritable inflammation la douleur est persistante et lancinante.

Calmer la pulpe avant de procéder à la dévitalisation.

Si l'on a recours à la méthode rapide par compression de ne pas négliger de poser la digue et stériliser la dentine avant et après l'opération en laissant un pansement antiseptique à demeure. Sinon on risque d'introduire avec l'anesthésique des microorganismes et des ptomaïnes dans le tissu pulpaire. Chaque fois que la dent n'a pu être débarrassée de la dentine ramollie avant l'opération, il est préférable de dévitaliser avec l'acide arsénieux qui permet d'enlever la dentine infectée avant de pénétrer dans la chambre pulpaire.

L'auteur ne procède pas tout de suite à l'extirpation de la pulpe après application de l'acide arsénieux. Il préfère ouvrir la chambre pulpaire et laisser un antiseptique en contact avec la pulpe et l'enlever à la séance suivante.

Les dents infectées sont soignées au tricrésol associé au nettoyage mécanique des canaux. Les pansements sont renfermés hermétiquement sous un ciment.

Quelquefois on rencontre dans des dents infectées un filet nerveux qui a gardé sa vitalité au niveau de l'apex. L'introduction du tricrésol produirait des douleurs, mais comme il y a suffisamment de matière putride dans le canal pour neutraliser le dégagement de formol, la dent ne fera pas mal longtemps et l'on procédera ensuite à l'extirpation du filet après l'avoir anesthésié.

Dans tous les cas, fermer les pansements hermétiquement, le succès sera d'autant plus rapide et plus certain.

(Buckley, *Dental Cosmos, Arch. für Zanheilkund,* mars 1911.)

L'antipyrine comme antiphlogistique local.

L'action vaso-constrictive exercée par l'antipyrine permet de l'employer souvent avec succès comme hémostatique dans les hémorragies.

Mais cette action vaso-constrictive permet aussi de l'utiliser comme antiphlogistique dans les inflammations. Le soulagement obtenu est particulièrement considérable dans les angines, dans les stomatites, dans les gingivites, dans les artrites dentaires. Il est moins rapide et moins complet que le soulagement donné par la cocaïne ou par l'eucaïne. Mais il est plus durable et plus efficace car il s'agit en diminuant l'inflammation.

Même dans les cancers ulcérés de la langue, si douloureux et si gênants pour la déglutition, l'antipyrine constitue un des meilleurs calmants en atténuant la glossite qui complique toujours les ulcérations.

Pour toutes ces applications locales on peut employer simplement la solution aqueuse d'antipyrine. Cette solution sera au dixième pour l'emploi en badigeonnages. Elle sera au cinquantième pour l'emploi en gargarismes ou en bain de bouche, par exemple dans le cancer de la langue.

Le goût très désagréable de l'antipyrine est le principal inconvénient dans l'emploi de ces solutions. On atténue beaucoup cette mauvaise saveur en ajoutant un quinzième de glycérine neutre et formulant par exemple pour les gargarismes :

Eau distillée........................	150	grammes.
Glycérine neutre....................	10	—
Antipyrine........................	3	—

D'ailleurs, en cas d'usage prolongé, comme c'est le cas pour les angines chroniques, pour les lésoins tuberculeuses ou cancéreuses, les malades s'habituent très vite à la saveur spéciale de l'antipyrine.

On peut aussi employer l'antipyrine en pastilles ou en comprimés avec un excipient masquant la saveur.

(A. F. Plicque, *Bulletin Médical.)*

Le traitement des adhérences entre la joue et les gencives.

Les adhérences entre la joue et les gencives peuvent être divisées en deux catégories : elles sont congénitales ou accidentelles.

. Les adhérences congénitales proviennent du manque de développement du sillon labial à partir du bord buccal des mâchoires. Cette condition se présente dans des cas de bec-de-liévre bilatéral, où il n'est pas rare de voir la partie centrale de la lèvre et la lèvre unies en une seule masse (endogenèse) et attachées à la base du nez. Dans le cas connu sous le nom de frein labial proéminent, cette union est moins étendue.

Les adhérences accidentelles sont :

A. — Locales. — Elles proviennent de la protrusion à travers la gencive d'une racine nécrosée causant l'érosion de la joue ; les ulcères contigus sur la gencive et la joue se réunissent et bourgeonnent préparant ainsi l'adhérence future. La dent, cause du mal, est presque invariablement une molaire inférieure temporaire, et de là vient la position ordinaire de ces bandes dans la région prémolaire.

B. — Générales — et sont dues à une stomatite ulcéreuse, à des brûlures, ou à des ulcérations syphilitiques, etc.

On peut avoir recours à l'intervention chirurgicale pour les raisons suivantes :

1° Pour permettre le libre mouvement des mâchoires;

2° Pour corriger les irrégularités des dents;

3° Pour adapter des appareils.

Pour les adhérences accidentelles locales, il faut percer la base de l'adhérence avec un étroit scalpel, un ténotome ou un perforateur à antre. Passez une bande de gaze à travers l'ouverture et attachez-la sans serrer au-dessus du lambeau de tissu. Laissez la gaze en place pendant une semaine ou deux jusqu'à ce que l'ouverture soit cicatrisée. Enlevez le lambeau de tissu. Les surfaces à vif étant bien séparées et les lèvres de la blessure formée par la première opération étant bien cicatrisées, il y aura beaucoup moins de chances pour la réunion de ces lèvres. L'opération est basée sur le même principe que celle qui est employée dans les cas de doigts palmés, où des difficultés analogues se présentent.

Pour les adhérences congénitales du frein, on peut employer la même méthode ou la suivante:

Saisissez le frein avec des pinces Spencer Wells à lame étroite près de l'alvéole. Coupez le tissu entre la pince et l'alvéole, et passez autour de la pince deux ou trois points de suture à la soie.

Enlevez la pince et attachez les sutures, le moignon alvéolaire n'a pas besoin de points de suture, car les bords ne se touchent pas. On

pourra ensuite laisser le frein entre les incisives car, lorsque sa fonction aura été supprimée il s'atrophiera.

Toute méthode qui permettra la cicatrisation des lèvres de la blessure avant la séparation de la masse principale de l'adhérence empêchera la nouvelle formation d'une adhérence.

La séparation pure et simple de ces adhérences entre la joue et les gencives ne donne pas satisfaction, les parties intéressées se réunissant plus étroitement qu'auparavant et accroissant encore la difformité. D'un autre côté, les pansements placés sur les surfaces vives ne restent pas longtemps en place à cause des mouvements de la bouche, et un appareil en vulcanite placé dans les sillons nouvellement formés ne paraît pas être un moyen rationnel de prévenir cette réunion, étant donné que la pression, en quelque partie du corps que ce soit, provoque l'ulcération ou retarde la guérison qui peut être déjà en cours.

(Coleman, *Dental Record,* avril 1911.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 11 janvier 1912.

(Suite et fin.)

Présidence de M. Heidé.

III. — Applications de l'électro-aimant a l'art dentaire, par M. Henri Villain.

M. Henri Villain donne lecture d'une communication au sujet de l'électro-aimant qu'il a imaginé (V. *Odontologie*, du 30 janvier 1912). Il présente ensuite à l'assemblée cet instrument dont il montre l'emploi.

Le président. — Je remercie M. Henri Villain de sa très intéressante communication et de la présentation qu'il nous a faite de cet électro-aimant qui est appelé à nous rendre de précieux services dans certains cas.

IV. — *a*) Considérations anatomo-physiologiques sur l'innervation de la face ; *b*) De l'avantage résultant des ampoules a débit filiforme pour charger les masques a narcose au chlorure d'éthyle, par M. Jeay.

M. Jeay donne lecture de sa communication (V. p. 337).

Discussion.

M. Roy. — Je suis très heureux des explications que vient de nous donner M. Jeay. Nous avions eu en effet une petite divergence l'autre jour. Comme il l'a reconnu, il avait eu un mot malheureux en disant que le nerf facial était un nerf mixte. Je m'étais élevé contre cela en disant que le nerf facial était un nerf exclusivement moteur, comme il vient de le montrer.

En effet, le nerf facial ne doit une certaine partie de la sensibilité qu'il présente qu'aux anastomoses qu'il présente avec le trijumeau.

Claude Bernard a montré dans une autre expérience que, lorsqu'on sectionne le tronc du trijumeau, il n'y a plus aucune espèce de sensibilité dans le facial, ce qui prouve bien que la sensibilité apparente du facial n'est due qu'à des fibres du trijumeau qui viennent s'anastomoser avec lui.

Par conséquent, il ne les doit ses qualités sensitives qu'à ses anastomoses et il est donc un nerf exclusivement moteur.

Je ne m'étais élevé que contre l'affirmation contraire que M. Jeay avait faite et qui figurait dans sa communication.

M. Jeay. — Non, pas dans ma communication, puisque j'ai dit nerf moteur et sensitif.

M. Roy. — Si vous vous souvenez bien, je vous ai félicité même de votre idée d'aller anesthésier les anastomoses du trijumeau à l'endroit où il y avait des anastomoses avec le facial. Vous venez du reste de le montrer d'une façon très nette.

Il est certain cependant que si l'on anesthésiait le maxillaire inférieur dans une région plus élevée, comme on pourrait le faire par le procédé avec lequel vous avez anesthésié le maxillaire supérieur, c'est-à-dire à la sortie du trou ovale, on obtiendrait une anesthésie beaucoup plus profonde.

M. Friteau. — Je ne suis pas tout à fait du même avis en ce qui concerne l'intervention des terminaisons du nerf facial s'anastomosant avec le trijumeau pour expliquer la persistance de la sensibilité. Une chose m'a frappé dans cette persistance de la sensibilité dans les interventions dentaires, en ce qui concerne les injections pratiquées près du canal grand rond ou un peu au delà du canal, c'est que la persistance de la sensibilité n'existait que dans des points extrêmement rapprochés de la ligne médiane.

Or, de même que les artères autour de la face et du bord alvéolaire s'anastomosent de droite à gauche et réciproquement, de même il n'est pas douteux et il est certain anatomiquement qu'il y a des anastomoses réelles entre le nerf maxillaire droit et le nerf maxillaire gauche, et inversement. Et je me demande si le fait observé de la persistance de l'anesthésie dans les régions antérieures, c'est-à-dire dans les régions médianes, ne tient pas aux anastomoses qui s'établissent au voisinage de la ligne médiane entre les terminaisons des nerfs maxillaires supérieurs droit et gauche.

Cette persistance de la sensibilité tient, à mon avis, aux anastomoses que les nerfs s'envoient au niveau de leur terminaison vers la ligne médiane. La persistance obtuse de la sensibilité n'existe que vers la ligne médiane et plus vous vous rapprochez de la ligne médiane, plus la sensibilité persiste, ce qui paraît bien indiquer qu'il ne s'agit pas du tout d'un fait dans lequel le nerf facial intervient, mais bien d'échanges anastomotiques entre les nerfs du côté droit et ceux du côté gauche.

Il y a certainement une persistance de l'anesthésie vers la ligne médiane, mais elle ne me paraît pas du tout dépendre des anastomoses avec le facial qui ne me semble pas lié à cette question d'anesthésie.

M. Jeay. — Je comprends très bien la valeur de votre raisonnement, Monsieur Friteau, mais comment m'expliquez-vous alors que, lors-

qu'on pique la muqueuse au niveau du trou palatin, l'anesthésie est complète ?

M. Friteau. — Au niveau du trou palatin antérieur, le nerf naso-palatin est contenu dans un canal qui voisine immédiatement avec le canal opposé plus exactement. Il y a quatre canaux qui sont accolés 2 à 2 avec une cloison intermédiaire qui manque quelquefois même. Dans ces canaux accolés, les nerfs naso-palatins, le droit et le gauche, échangent des anastomoses, et c'est à ces anastomoses qu'est due la perte de la sensibilité à droite et à gauche de la ligne médiane, lorsqu'on pratique l'injection palatine antérieure.

M. Jeay. — Quand je fais cette injection péri-tronculaire, la face gingivale palatine est absolument insensibilisée, il n'y a que la face gingivale antérieure qui présente une anesthésie moins complète. Je n'ai pas cru pouvoir expliquer le phénomène par les anastomoses que vous avez signalés, étant donné que les deux palatins antérieurs doivent s'anastomoser puisqu'ils sont à quelques millimètres l'un de l'autre et que ce sont justement eux qui présentent l'anesthésie la plus complète.

M. Friteau. — L'insensibilité doit se produire dans la région incisive, au niveau du palais de chaque côté de la ligne médiane parce que le canal palatin, les nerfs naso-palatins s'anastomosent.

Si l'on observe une sensibilité diffuse, obtuse à ce niveau, c'est parce que dans le canal palatin les deux nerfs naso-palatins échangent des filets nerveux lorsqu'on fait de l'anesthésie au niveau du trou palatin antérieur, on aborde le nerf palatin au moment où il descend dans le canal palatin antérieur, où il envoie des petits filets au nerf du côté opposé et la sensibilité obtuse observée de chaque côté de la ligne médiane vient du fait que, quoiqu'on fasse, les deux nerfs naso-palatins sont touchés par l'agent anesthésique déposé au niveau du trou palatin antérieur.

Il faut avoir disséqué des nerfs de la face pour se rendre compte de ce fait anatomique que la clinique seule ne peut expliquer.

M. Jeay. — Il est évident que les anastomoses côté droit et gauche jouent un rôle. Lorsque j'ai eu l'honneur de présenter mon travail à la Société j'ai eu soin de signaler un phénomène constant : celui de la persistance de la sensibilité de la cloison nasale alors que les cornets étaient parfaitement anesthésiés ; cette sensibilité ne pouvait être due à autre chose qu'aux anastomoses du côté opposé non insensibilisés.

M. Friteau. — Cela me paraît donner une confirmation de l'exactitude de ce que je viens de dire.

M. Jeay. — Pour la cloison nasale seulement, à mon sens du moins.

M. Friteau. — Si l'on produit au niveau de la cloison nasale mé-

diane une anesthésie complète avec un quelconque des procédés d'anesthésie régionale pratiquée à la base du crâne, c'est parce que, à travers la cloison, les transmissions nerveuses échangent des anastomoses. Ce qui se passe au niveau de la cloison se passe partout ailleurs, et, sur le milieu de la lèvre, sur celui du bord alvéolaire, etc., les nerfs maxillaires supérieurs, le droit et le gauche, échangent des anastomoses : ainsi s'explique la sensibilité obtuse observée à gauche de la ligne médiane, lorsqu'on pratique l'anesthésie régionale du côté droit, au niveau du canal grand rond.

M. Jeay. — Cette question est très intéressante et je remercie M. Roy et M. Friteau d'avoir pris part à cette discussion.

Je passe au second objet à l'ordre du jour.

Il y a eu une faute d'impression à propos de la petite présentation que je vais vous faire. On a écrit : De l'avantage résultant des masques, c'est de l'avantage résultant des ampoules à débit filiforme, qu'il faut lire, pour charger les masques à narcose, spécialement au chlorure d'éthyle.

Les masques que nous employons ont tous le même but, régulariser autant que possible le débit, le dégagement si vous aimez mieux, des vapeurs de chlorure d'éthyle. Que vous preniez un quelconque des derniers masques parus, ils ont tous été construits avec cette même préoccupation.

Or, malgré cela, nous avons à chaque instant des surprises telles que, lorsqu'il fait chaud, nous sommes obligés de plonger nos ampoules dans l'eau froide, ou lorsque c'est l'hiver nous sommes obligés de chauffer nos ampoules dans un morceau d'ouate imprégné d'eau chaude.

Malgré ces précautions il nous arrive souvent qu'une ampoule se brisant mal et permettant un débit trop rapide de chlorure, le malade suffoque et a un mauvais sommeil, parce qu'il s'endort avec un manque de confiance.

L'idée a été excellente d'avoir un emmagasinateur, pour ainsi dire, des vapeurs de chlorure d'éthyle cherchant à assurer leur développement lent et progressif.

Si nous n'y parvenons pas toujours, c'est tout simplement dû à ce que les ampoules sont mal fabriquées. Prenons une ampoule, brisons-la, les trois centimètres cubes qu'elle renferme s'écoulent instantanément. Lorsque cela se produit sous le masque il y a une hypertension et des gaz de chlorure d'éthyle dans les premières voies respiratoires ; le malade suffoque, il est mécaniquement empêché de respirer. Si l'on ne donnait pas d'air au malade on courrait un danger réel.

J'ai donc demandé à Chevretin et Lematte de faire des ampoules de cette forme. Voilà un petit détail de technique qui peut nous ren-

dre des services. De la façon dont l'ampoule est construite, elle ne peut faire autrement que de se casser à ce point d'étranglement du verre, de telle sorte que qu'il fasse chaud ou froid, nous sommes obligés d'assister au vidage progressif de l'ampoule et nous évitons la suffocation que nos malades ont quelquefois lorsque le chlorure d'éthyle sort trop brusquement de l'ampoule.

M. Friteau. — Je voudrais dire quelques mots en ce qui concerne l'inconvénient très réel que M. Jeay signale des accidents de suffocation qui surviennent lorsque, le malade ayant le masque sur la figure, l'ampoule est cassée brusquement et que la dose arrive d'un seul coup.

Il y a quelque dix ans, alors que je faisais de l'enseignement dans cette Ecole, je m'élevais contre cette rupture des ampoules quand le malade avait le masque sur la figure. Je crois que c'est un procédé mauvais, dangereux, pouvant provoquer des accidents de suffocation désagréables pour le malade, si l'ampoule se vide trop vite, pouvant aussi avoir d'autres inconvénients si l'ampoule se vide trop lentement. A un moment donné le chlorure d'éthyle ne se volatilise pas, il peut même tomber le long du masque et couler sur la figure du malade.

Aussi je continue à m'élever contre la rupture de l'ampoule alors que le malade a le masque sur le visage, je trouve qu'il est plus prudent de casser l'ampoule alors que le masque n'est pas sur la face du patient.

Il est extrêmement intéressant que M. Jeay ait pensé à faire casser ces petits tubes d'une façon plus régulière ; mais cela me paraît inutile si l'on applique le procédé que j'emploie depuis les nombreuses années où je fais de l'anesthésie générale. Je fais un petit trait à l'aide d'une lime fine autour de la pointe de l'ampoule qui se brise ensuite très facilement à cet endroit. Jamais je n'ai eu d'accident de rupture brusque en procédant de la sorte.

Je fais un trait de lime sur le tube filiforme et je n'ai pas d'accident de suffocation parce que jamais non plus je ne casse d'ampoule lorsque le masque est appliqué sur le visage du malade.

M. Jeay. — Aucune des ampoules qui sont actuellement dans le commerce n'est à débit filiforme, même lorsque vous les brisez comme on vient de le dire, elles se vident beaucoup trop vite, même à leur extrême pointe.

M. le président. — Je remercie M. Jeay de ses très intéressantes communications.

Arc double a commande unique et a réglage automatique, par M. Ruppe.

M. Ruppe fait la description d'un appareil qu'il a imaginé et qu'il présente. (Voir page 346.)

Discussion.

M. Georges Villain. — Je tiens à prendre la parole pour remercier et féliciter personnellement M. Ruppe.

Mon frère me disait à l'instant qu'il est très fréquent lorsqu'on fait le traitement coronaire de voir la racine prendre sa position normale d'elle-même. J'ai cependant remarqué que dans certains cas la position des racines ne se prenait pas aussi rapidement que nous le voulions.

Il est quelquefois utile de déplacer la racine lorsque nous voulons améliorer certains facies; jusqu'à présent ce déplacement des racines, assez délicat, se faisait avec l'appareil de Case ou celui de Case modifié par R. Lemière.

Par l'extension d'un des arcs et la traction à l'aide d'une vis de l'autre arc on fait pivoter la dent, parce que l'on a créé un point d'appui. Nous devons toujours rechercher dans le redressement le point d'appui et le point d'application de la force.

M. Ruppe nous présente ce soir un dispositif fort intéressant par ce fait que la force, grâce à l'allongement proportionnel de chacun des leviers, peut être exactement calculée, ainsi que le déplacement provoqué par cette force; ici plus de mécompte : l'étendue du mouvement est calculée sur le modèle et l'appareil construit pour permettre ce déplacement avec un réglage mathématique. Comme je le disais, l'appareil de Case, très utile pour le mouvement radiculaire ou coronaire à l'aide d'un arc en faisant pivoter la dent autour du deuxième arc fixé, est extrêmement difficile à manier en action double, mouvements coronaire et radiculaire opposés et simultanément. M. Ruppe résoud élégamment le problème.

C'est extrêmement intéressant et je suis très heureux de voir ce petit appareil.

M. le président. — Tout en remerciant M. Ruppe du cas très instructif qu'il nous a présenté, je relève que sa présentation ne peut que nous encourager à profiter largement de la rubrique des incidents de la pratique journalière.

MM. G. et H. Villain l'ont fait à plusieurs reprises, ils nous ont apporté ici des cas de la clientèle, j'espère que vous allez continuer dans cette voie.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le secrétaire général,
R. Lemière.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

RAPPORT SUR L'EXAMEN DE VALIDATION DU STAGE, SON ORGANISATION, LE LIEU ET LES CONDITIONS DANS LESQUELS IL DOIT SE SUBIR ET LA COMPOSITION DU JURY

Par MM. Maurice Roy, G. Villain et Franchette.

INTRODUCTION

Le décret du 11 janvier 1909 qui réglemente les études dentaires a apporté à ces études les modifications suivantes :

1° Il fixe à 5 ans la durée de ces études, dont 2 de stage et 3 de scolarité.

Le stage et la scolarité sont accomplis soit dans les Facultés et Ecoles de médecine où l'enseignement dentaire est organisé, soit dans les établissements libres d'enseignement supérieur dentaire constitués conformément aux prescriptions du décret du 25 juillet 1893 ;

2° Il institue à la fin des deux années de stage un examen de validation du stage ;

3° Il maintient à 3 ans la durée de la scolarité et à trois le nombre des examens probatoires ; mais ceux-ci au lieu d'être subis à la fin de ces trois années, se subissent à raison de un après chaque année.

Les innovations consistent donc dans la création du stage et de l'examen de validation qui le termine et dans la passation d'un examen à la fin de chaque année de scolarité.

Le présent rapport a pour objet l'étude de l'organisation de l'examen de validation du stage, des conditions et du lieu dans lesquels il doit se subir et de la composition du jury de cet examen.

L'article 6 du décret stipule que :

« Les stagiaires qui justifient de deux années régulières de stage subissent un examen de validation devant un Jury nommé par le Recteur et composé de deux chirurgiens-dentistes ou docteurs en médecine exerçant l'art dentaire et d'un professeur ou d'un agrégé de Faculté de médecine, président.

» Les sessions d'examen ont lieu deux fois par an, en juillet et en novembre, dans les Facultés ou Ecoles de médecine.

» Les candidats déposent leurs certificats de stage en se faisant inscrire pour l'examen. »

Pour la première fois cet examen va se subir dans la présente année, au mois de juillet prochain ; il importe donc que nous nous préoccupions de la façon dont il sera organisé, du lieu où il sera subi et du choix des membres du jury.

Organisation de l'examen.

Aux termes de l'article 7 du décret,

« L'examen de validation du stage comprend :

1° L'exécution d'un dessin reproduisant schématiquement la forme extérieure et l'anatomie d'une dent ou de plusieurs dents ;

2° Une épreuve pratique de modelage (reproduction en cire, plâtre, bois ou ivoire d'une dent ou de plusieurs dents) ou de moulage d'une empreinte de la bouche ;

3° Une épreuve pratique de prothèse dentaire ; exécution d'un appareil contenant au moins une partie métallique estampée et soudée ;

4° Des interrogations sur la physique, la mécanique, la chimie et la métallurgie appliquées à l'art dentaire, d'après un programme fixé par arrêté ministériel.

« Il est accordé deux heures pour le dessin, quatre heures pour la 2e épreuve modelage ou moulage ; huit heures pour l'épreuve pratique de prothèse.

« L'ensemble des interrogations dure une demi-heure au plus pour chaque candidat. »

Parmi ces épreuves nous nous attacherons plus particulièrement à celle de prothèse pratique au laboratoire à celle de modelage et de sculpture des dents, les autres pouvant être organisées facilement partout.

Comme les épreuves de modelage et de sculpture peuvent s'exécuter aisément dans les locaux aménagés pour les épreuves de prothèse ; ce sont donc ces dernières qui retiendront principalement notre attention.

Epreuve de prothèse. — L'épreuve de prothèse, nous venons de le voir, consiste dans l'exécution d'un appareil comprenant au moins une partie métallique estampée et soudée, travail pour lequel il est accordé 8 heures (article 7). Le décret est à cet égard suffisamment précis ; il ne l'est pas moins quand il indique pour le lieu où doit se subir l'examen, les Facultés ou Ecoles de médecine (art. 6).

Mais est-il possible pratiquement de faire subir une épreuve de prothèse comprenant l'estampage d'une plaque et certains autres travaux, dont une soudure, dans ces Facultés ou Ecoles de médecine ? Pour répondre à cette question il convient de considérer l'outillage nécessaire à l'exécution de ces travaux ; il se subdivise : 1° en petit outillage, 2° en gros outillage.

1° *Petit outillage.* — Le petit outillage se compose des outils portatifs dont on peut imposer la fourniture par le candidat, qui est tenu de le posséder.

3° *Gros outillage.* — Le gros outillage ne peut être fourni par le candidat ; c'est donc celui qui doit nous occuper, il comprend :

A. — Un établi de travail.
B. — — à plâtre garni.
C. — — à moulage et fournitures (terre, tamis).
D. — — à fonte (dessus en fonte).
E. — — appareil à fonte et fournitures (zinc, étain, plomb).
F. — — amortisseur pour billot.
G. — Un billot et tas à estamper.
H. — Une masse à estamper.
I. — Un établi à emboutir.
J. — Une soufflerie.
K. — Un chalumeau à gaz et air.
L. — Une table à souder (dessus de fonte)
M. — Un séchoir pour pièces à souder.
N. — Un tour à meuler et à polir.
O. — Deux augettes pour tour.
P. — Un vulcanisateur, deux moufles.
Q. — Un manomètre.
R. — Tous les accessoires nécessaires, bassines, caisse à terre, caisse à plâtre, cuiller à fondre.
S. — Lavabos.
T. — Les installations électriques à gaz et à eau spéciales pour ces travaux.

Cette liste représente le stricte nécessaire pour chacun des candidats. Or, il ne faut pas perdre de vue que tous les candidats exécutent simultanément le même travail dans un laps de temps fixé. Il n'est donc pas possible qu'un étudiant attende qu'un de ses voisins ait terminé de se servir d'un instrument pour s'en servir à son tour, d'autant que, chaque partie du travail nécessitant un objet ou un outil déterminé, tous les candidats auront besoin en même temps de cet objet ou de cet outil.

Il faut donc que cet outillage existe en autant d'exemplaires qu'il y aura de candidats dans la série d'examen. Ces séries se composant d'environ 12 étudiants c'est donc 12 places à chaque établi, 12 tours, etc., qu'il faut installer dans la salle d'examen.

Or, le prix de cet outillage pour douze candidats représente une forte somme (7 à 8.000 francs), sans compter l'aménagement de la salle et les installations spéciales et coûteuses, à gaz, eau et électricité.

Ajoutons que les salles pourvues de cet outillage doivent compter le nombre de places nécessaires parfaitement éclairées tant par la lumière naturelle que par la lumière artificielle, qu'elles doivent être aérées et ventilées à cause des manipulations multiples et variées qui s'y feront.

Il faut encore joindre à ces dépenses d'installation celles que nécessiteront l'entretien de ce matériel qui ne doit servir que quelques jours chaque année, la rétribution d'un personnel spécial et permanent dans ces laboratoires ainsi que celle d'un employé chargé du choix, de la préparation et de la répartition des fournitures. On conçoit que la question du lieu de l'examen joue un rôle considérable en la matière car il a une influence déterminante sur la valeur des épreuves, qui, toutes choses égales d'ailleurs, seront d'autant sérieuses et meilleures que le local de l'examen sera mieux aménagé pour l'épreuve à subir.

LIEU OU DOIT SE SUBIR L'EXAMEN.

Il paraîtrait résulter des termes mêmes du décret (art. 6) que l'examen peut se passer dans toutes les facultés ou écoles de médecine situées dans des chefs-lieux d'Académie. Or, il n'en est pas ainsi pour les examens dentaires actuels, qui ne se passent que dans les Facultés ou Ecoles de médecine dans le ressort desquelles l'enseignement dentaire est organisé.

Le décret dit d'ailleurs dans son article 1er : « Le stage et la scolarité sont accomplis soit dans les facultés et écoles de médecine où l'enseignement dentaire est organisé, soit dans les établissements libres d'enseignement supérieur dentaire constitués conformément aux prescriptions du décret du 31 décembre 1894.

Et ce n'est qu'accessoirement qu'il est dit dans le même article :

« Les docteurs en médecine et les chirurgiens-dentistes diplômés d'une Faculté de médecine française qui dirigent un laboratoire de prothèse situé au chef-lieu académique pourront, sur leur demande et après avis de la Faculté ou Ecole, d'être autorisés par le Recteur à recevoir des stagiaires. »

D'autre part, aussi bien pour le stage que pour la scolarité (art. 1er les examens probatoires prévus à l'art. 12), sont subis au siège des facultés ou Ecoles de médecine *où l'enseignement dentaire est organisé soit dans les établissements de l'Etat, soit dans des établissements libres d'enseignement supérieur dentaire constitués conformément aux prescriptions du décret du* 31 *décembre* 1894.

De même pour le 3e examen probatoire, qui se rapproche par ses matières et son organisation de l'examen de validation de stage et qui comporte un jury identique (un professeur ou agrégé et deux docteurs en médecine, ou chirurgiens-dentistes) il est dit (art. 15) :

« Le 3e examen peut être subi dans les établissements libres d'ensei-

gnement supérieur dentaire reconnus d'utilité publique et assimilés aux dispensaires des administrations publiques d'assistance. »

Il paraît donc bien que c'est par omission qu'il n'a pas été dit dans l'article 6 que l'examen de validation du stage se passe au siège des facultés ou écoles de médecine où l'enseignement dentaire est organisé, soit dans des établissements de l'Etat, soit dans des établissements libres d'enseignement supérieur dentaire reconnus d'utilité publique assimilés aux dispensaires des administrations publiques d'assistance et constitués conformément aux prescriptions du décret du 25 juillet 1893.

Chacun sait que les facultés ou écoles de médecine ne possèdent ni l'installation, ni l'outillage nécessaires pour des travaux de ce genre et que la dépense pour les doter toutes de l'un et de l'autre s'élèverait à une somme considérable. Mais si cet aménagement est coûteux, comme il existe des centres d'enseignement, les écoles dentaires reconnues d'utilité publique, parfaitement aménagés et outillés pour recevoir chacun un assez grand nombre de candidats, il est loisible, nous venons de le démontrer, d'emprunter à ces écoles, leur laboratoire comme on peut le leur emprunter pour le 3e examen probatoire, d'après l'article 15.

Ainsi donc, aussi bien au point de vue de l'organisation matérielle dont nous avons montré la complexité qu'au point de vue de l'esprit même du décret, il est de toute évidence que l'examen de validation du stage, doit être assimilé au 3e examen probatoire et doit être organisé, conformément à l'article 15, dans des établissements libres d'enseignement supérieur dentaire reconnus d'utilité publique et assimilés aux dispensaires de l'assistance publique ou dans les Facultés de médecine comme celle de Bordeaux où l'enseignement dentaire est organisé.

Tout autre système rendrait cet examen impraticable ou entraînerait pour l'Etat des dépenses considérables, ainsi que nous l'avons montré.

Au contraire, en utilisant les écoles dentaires on aurait la certitude de faire subir cet examen dans des conditions convenables d'équité, avec la garantie d'épreuves sérieuses, sans qu'il en coûte rien à l'Etat.

JURY.

Nous arrivons à la composition du Jury.

L'article 6 qui régit l'examen de validation de stage porte que cet examen sera subi « devant un jury nommé par le recteur et composé de deux chirurgiens-dentistes ou docteurs en médecine exerçant l'art dentaire et d'un professeur ou d'un agrégé d'une faculté de médecine, président. »

Pour la nomination des membres du Jury il est nécessaire que l'Administration s'entoure de garanties plus sérieuses que celles qui ont présidé à la désignation des praticiens autorisés à recevoir des stagiaires, désignation dans laquelle elle paraît ne s'être attachée qu'à contrôler seulement l'installation matérielle. On peut dire que, pour cette nomination, l'Administration ne possède pas d'éléments suffisants d'appréciation de la valeur pédagogique et professionnelle, lorsque précisément les juges choisis doivent présenter de sérieuses garanties de compétence.

L'Administration ne peut recourir qu'à trois solutions :

1° Choisir des dentistes des hôpitaux comme pour les examens actuels ;

2° Choisir des dentistes désignés par les sociétés professionnelles;

3° Choisir des dentistes désignés par les écoles dentaires.

Voyons ce que vaut chacun de ces moyens.

En ce qui concerne le premier, il n'est pas besoin d'insister sur les critiques qu'il peut soulever, les dentistes des hôpitaux n'existent qu'à Paris et le choix ne peut porter dès lors exclusivement que sur des praticiens de Paris, dont le titre n'est pas du reste une garantie de compétence, surtout en prothèse, puisque dans le concours que subissent ceux-ci il n'existe aucune épreuve sérieuse de prothèse.

Le second ne pourrait être employé que s'il existait, comme dans certains états des Etats-Unis de l'Amérique du Nord, des sociétés où tous les dentistes exerçant légalement sont obligatoirement inscrits ; alors celles-ci pourraient, comme cela se pratique dans ces pays, désigner à l'Administration les membres des jurys d'Etat.

A défaut d'une Société composée de tous les dentistes ou d'un Comité professionnel inter-société, une seule solution est possible : la présentation d'une liste de noms au choix du recteur par les écoles dentaires, centres pédagogiques reconnus par l'Etat. Il nous paraît même que ces examinateurs, malgré l'objection soulevée pour les examens probatoires, pourraient être choisis parmi les professeurs de ces écoles. La loi de 1880, qui régit la matière, dit en effet : « Les examens et épreuves pratiques *qui déterminent la collation des grades* ne peuvent être subis que devant les Facultés de l'Etat. » L'examen de validation de stage ne déterminant la collation d'aucun grade et étant un examen *préliminaire* à la scolarité ne paraît pas tomber sous le coup de cet article.

CONCLUSIONS.

L'exposé qui précède permet d'aboutir aux conclusions suivantes qui, sous forme de vœux, ont été adoptées par l'Association des professeurs des écoles dentaires reconnues d'utilité publique, l'Ecole

dentaire de Paris, l'Association générale syndicale des dentistes de France, l'Ecole dentaire de Lyon, le Groupe des Amis des Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique et enfin par l'Union fédérale dentaire nationale.

1er *vœu.*

Considérant :

1° La difficulté d'organiser des examens de validation de stage, à la fois au point de vue de l'aménagement des locaux et de l'installation de laboratoires avec un matériel coûteux et compliqué, dans les facultés ou écoles de médecine ;

2° Le nombre considérable de laboratoires d'examen qu'il faudrait organiser dans toute la France, si l'on s'en tenait à la lettre de l'article 6 (1 dans chaque faculté ou école de médecine) ;

3° Les frais très élevés qu'imposerait à l'Etat l'installation desdits laboratoires de prothèse, et la grande économie d'ordre budgétaire qui résulterait pour lui, de l'utilisation des laboratoires déjà existants ;

4° Que c'est dans les établissements libres d'enseignement supérieur dentaire reconnus d'utilité publique et dont les dispensaires sont assimilés à ceux de l'Assistance publique ou dans les universités où l'enseignement dentaire est organisé que sera subi le 3e examen probatoire, les Sociétés et Associations précitées émettent le vœu que,

Conformément aux articles 1, 12 et 15 du décret du 11 janvier 1909 les examens de validation de stage soient subis uniquement au siège des Facultés de médecine de l'Etat, soit dans les établissements de l'Etat où l'enseignement dentaire est organisé, soit dans les établissements libres, d'enseignement supérieur dentaire, reconnus d'utilité publique ou assimilés aux dispensaires de l'assistance publique.

2e *vœu.*

Les Sociétés, Ecoles et Associations précitées.

Considérant la difficulté pour les Recteurs d'Académie, dépourvus généralement de moyens de contrôle sérieux, de s'entourer de garanties de compétence suffisantes pour la désignation des chirurgiens-dentistes ou docteurs en médecine, exerçant l'art dentaire, qui doivent figurer dans les jurys de l'examen de validation de stage prévu par l'art. 6 du décret du 11 janvier 1909,

Emettent le vœu que les membres de ces jurys soient désignés par le Recteur sur une liste présentée par un Comité représentant des sociétés professionnelles ou, à son défaut, par les établissements libres d'enseignement supérieur dentaire reconnus d'utilité publique et assimilés aux dispensaires de l'Assistance publique, ces établissements étant des centres pédagogiques offrant toutes les garanties

désirables quant à l'appréciation de la compétence des examinateurs à choisir par le Recteur.

3e *vœu.*

Les Sociétés, Ecoles et Associations précitées.

Considérant la nécessité pour les dentistes de veiller à l'application intégrale du décret du 11 janvier 1909 afin que celui-ci ne soit pas déformé par une application viciée comme le fut le décret du 25 juillet 1893.

Emettent le vœu que,

Un Comité de vigilance soit constitué par les Sociétés professionnelles réunies en assemblée interprofessionnelle le 24 mars 1911, ce Comité étant chargé de veiller à l'application normale et intégrale du décret et de surveiller les conditions dans lesquelle sera subi l'examen de validation de stage.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'ART DENTAIRE EN MÉDECINE LÉGALE

Nous extrayons d'un discours prononcé par M. Amoëdo, président sortant, à la séance du 31 janvier 1912 de la Société Odontologique de France, le passage suivant relatif à l'identification des cadavres par les dents dont l'auteur nous avait déjà entretenus à la Société d'Odontologie de Paris, à la suite de l'incendie du bazar de la Charité :

A l'étranger, plusieurs de nos membres honoraires ont conquis de nouveaux lauriers : c'est ainsi qu'au Chili, le Dr Valenzuela Bastarrica a obtenu de son gouvernement, ce que seul le professeur von Arkövy, de Budapest — aussi notre membre honoraire — obtint d'un gouvernement en Europe et peut-être au monde : la construction d'un bâtiment pour une école dentaire officielle.

A propos du Dr Valenzuela, je vous rappellerai un fait intéressant : vous vous souvenez tous, sans doute, qu'en février 1909, la légation allemande à Santiago fut détruite par un incendie, et le secrétaire Becker assassiné et brûlé. Ses funérailles eurent lieu avec le pompeux cérémonial qui sied à un diplomate et la chancellerie allemande se préparait à demander au Chili des excuses vexatoires et des indemnités onéreuses. Mais, avant l'enterrement, le Dr Valenzuela avait examiné les dents du cadavre et, inspiré des conseils que j'ai donnés dans mon livre sur « L'Art dentaire en médecine légale », il se procura des documents chez le dentiste qui avait soigné le secrétaire Becker et, le lendemain de l'enterrement, Valenzuela publia un article dévoilant la vérité : le cadavre était celui du domestique et non celui de Becker, lequel fut arrêté plus tard à la frontière.

Le soulagement éprouvé par le gouvernement chilien, et par le pays tout entier, se traduisit par une profonde gratitude envers le Dr Valenzuela qui, grâce à l'art dentaire, avait rendu un si grand service à la justice et à la diplomatie.

Cette preuve des services que peut rendre l'Odontologie décida le gouvernement chilien à construire un palais aménagé avec les derniers perfectionnements, pour l'enseignement de l'Odontologie et pour les soins à donner aux classes peu fortunées de la société.

L'inauguration de cette belle Ecole a eu lieu en septembre dernier, sous la présidence effective du chef d'Etat, M. Barros Luco.

En Argentine, notre éminent confrère, le Dr N. Etchepareborda, inaugura, l'année dernière, l'Ecole officielle d'Odontologie de Buenos-Ayres, laquelle occupe un étage de la Faculté de médecine. J'ai visité cette école ; elle possède le dernier mot pour l'enseigne-

ment de notre spécialité : une grande salle de dentisterie opératoire, avec une centaine de fauteuils, un grand amphithéâtre de cours et une grande salle de prothèse.

Dès que cette belle installation fut terminée, le professeur Etchepareborda vint en Europe à la recherche des derniers perfectionnements ; nous le voyons visiter les Ecoles dentaires de Paris, de Vienne, de Berlin, de Londres, de Rome, de Milan, de Genève, etc., etc. ; puis tout dernièrement encore, aux Etats-Unis, les Ecoles dentaires de New-York, de Philadelphie et de Chicago, où les professeurs Kirk, Johnson, Brophy, Guilford, Black, lui ont rendu les hommages dus au professeur le plus renommé de l'Amérique latine.

J'ai le plaisir de vous rappeler, Messieurs, pour l'honneur de l'Odontologie française, que le Dr Etchepareborda, ainsi que le Dr Valenzuela, sont diplômés de l'Ecole dentaire de Paris et sont membres honoraires de notre Société.

UNION FÉDÉRALE DENTAIRE NATIONALE
(U. F. D. N.)

Conformément à la décision prise par la Commission exécutive le 31 mars, une demande d'audience a été adressée au Ministre de l'Instruction publique.

La délégation composée du Bureau (MM. Blatter, *président ;* Rodolphe, *vice-président ;* Ferrand, *trésorier ;* H. Villain, *secrétaire général*) et des rapporteurs (MM. Roy, Dupontreué et Franchette), a été reçue par le Ministre le 22 avril, à 9 h. 1/2 du matin.

M. Blatter a exposé brièvement les conclusions des rapports étudiés par la Commission exécutive sur l'examen de validation de stage et sur la création d'une chaire de stomatologie.

Le Ministre, assisté de M. Bayet, directeur de l'enseignement supérieur, a signalé à la délégation les inconvénients que présente l'état de division dans lequel se trouvent les sociétés professionnelles, division au courant de laquelle il est, et d'où résulte la difficulté pour un Ministre de prendre en considération des revendications qui peuvent être formulées par un certain nombre de Sociétés dentaires et combattues par d'autres.

Le Ministre assure ensuite la délégation qu'il exécutera à la lettre le décret du 11 janvier 1909 et qu'il nommera dans le jury de validation de stage un chirurgien-dentiste et un docteur dentiste.

M. Roy rappelle en quelques mots le décret de 1893, qui n'était pas mauvais, mais qui ne fut pas appliqué littéralement, l'épreuve pratique étant devenue complètement théorique. Les chirurgiens-dentistes peuvent donc craindre qu'il n'en soit de même du décret de 1909 ; c'est pourquoi ils viennent demander l'application intégrale de ce décret, notamment au point de vue de l'installation matérielle des locaux d'examen afin que les conditions du programme, qui comporte des épreuves pratiques longues et importantes, puissent être strictement appliquées.

M. Blatter aborde ensuite les autorisations de recevoir des stagiaires données à des dentistes faisant de la réclame et, par suite, disqualifiés.

Le Ministre demande qu'on lui adresse des documents établissant ces faits et promet de faire le nécessaire.

M. Blatter remet enfin au Ministre les conclusions des rapports de MM. Dupontreué, Roy, Villain et Franchette.

L'audience prend fin au bout de 40 minutes.

*
* *

La Commission exécutive avait également demandé une audience au Recteur de l'Académie de Paris, M. Liard. Cette audience a été fixée au mercredi 24 avril, à 2 heures de l'après-midi.

La délégation a été reçue avec beaucoup de bienveillance par M. Liard, qui a examiné avec elle les moyens de donner satisfaction à ses revendications, dont il lui a promis de tenir le plus grand compte dans l'organisation de l'examen de validation de stage, ainsi que dans les autorisations de recevoir des stagiaires données aux praticiens.

HYGIÈNE

Cliniques dentaires scolaires.

A Edimbourg en 1903 sur 600 enfants examinés 96 0/0 avaient les dents défectueuses ; à Glasgow en 1905-1906, 1, 5 sur 2.000 avaient des dents saines. Des résultats analogues sont donnés par d'autres parties du pays.

La British Dental Association pour porter remède à cette situation propose ce qui suit :

1° Nomination de dentistes locaux consacrant une partie de leur temps quand cela est possible ;

2° Cliniques dentaires dans les villes de plus de 30.000 habitants. Dans les districts ruraux nomination de dentistes nomades consacrant tout leur temps. Dans les villes de moins de 30.000 habitants dentistes locaux consacrant une partie de leur temps ;

3° Les enfants se rendent non pas chez le dentiste, mais à la clinique dentaire qui comprend un cabinet d'opérations et une salle de récréation surveillée par une bonne d'enfants.

La dépense d'installation ne doit pas dépasser 750 francs.

Le dentiste travaillant 5 jours par semaine traiterait environ 5.000 enfants.

Indemnité d'un dentiste consacrant tout son temps : 7.500 francs par an au minimum ; indemnité d'un dentiste consacrant une partie de son temps : 25 francs par demi-journée de trois heures.

Frais de surveillance et de fournitures diverses : 1.250 francs par an pour une clinique fonctionnant constamment.

*
* *

On annonce la création à Gotha (Allemagne) d'une clinique dentaire scolaire, qui sera entretenue aux frais de la ville.

Soins dentaires militaires.

Nous sommes informés par notre collaborateur M. Guerini, de Naples que, dès le début de la guerre italo-turque, la Croix-Rouge italienne a envoyé à Tripoli, comme faisant partie du personnel du service de santé, un spécialiste pour les maladies des dents et de la bouche.

BIBLIOGRAPHIE

Die Aufklappung der Kieferschleimhaut und ihre Indikation.

La collection Wilhelm Pfaff, publiée par la librairie Dyck, de Leipzig, vient de s'augmenter d'un nouveau volume : *Le rabattement de la muqueuse du maxillaire,* dû à M. Kurt Riesenfeld, ancien assistant à la clinique dentaire de l'Université de Breslau.

L'ouvrage a 56 pages et 28 figures, dont 18 sur des planches ; il est divisé en 9 parties : Index, préface, introduction, le rabattement en général, la taille au maillet, la résection radiculaire, cavités de granulation, kystes du maxillaire, instruments nécessaires pour opérer le rabattement.

Ueber Unterkieferresektions-Prothese.

M. Hans Pichler, de Vienne, vient de publier un travail sur la résection du maxillaire inférieur, dans lequel nous voyons avec plaisir l'auteur rendre hommage à Claude Martin. Ce volume, de 28 pages, est illustré de 31 figures groupées en planches.

Livre reçu.

Nous avons reçu de M. Antonio Jansen Tavares, de Rio de Janeiro, président de la Fédération odontologique brésilienne, un ouvrage en portugais (*Les hémorragies dentaires*, en particulier du soldat en campagne ; causes et traitement).

Nouveau journal.

Le journal suédois *Nordisk Tandläkare Tidskrift* ne paraît plus ; il est remplacé par le *Svensk Tandläkare Tidskrift*, publié à Stockholm, avec M. Axel Lundström pour rédacteur en chef. Nous en avons reçu le premier numéro.

VARIA

Paul Paulin à Pau.

Le musée de Pau vient d'acquérir, du sculpteur Dr Paul Paulin, qui, on le sait, est un de nos confrères doublé d'un artiste éminent, deux bronzes à cire perdue : le buste du professeur Paul Brissaud, membre de l'Académie de médecine, et le portrait de Degas, réplique de celui qui est au Luxembourg, dans la salle des impressionnistes. A Pau, il y a déjà une des œuvres les plus célèbres de Degas, le *Marché du colon en Amérique*, et c'est devant ce tableau qu'a été placé le buste de l'auteur.

A propos de Paul Paulin, nous pouvons dire que l'hôtel de ville et le lycée de Chartres ont commandé des répliques en terre cuite du marbre qui est dans la salle de billard de l'Ordre des avocats du barreau de Paris et qui représente feu l'ancien bâtonnier Barboux, membre de l'Académie française.

Au prochain Salon de la Nationale devait figurer, de Paul Paulin, un Barthou, les jambes croisées, assis dans un fauteuil et discourant avec animation. L'ancien ministre n'est pas encore au point... et ce sera pour l'année prochaine. Le sculpteur aura cependant six envois intéressants : le Dr Lucas-Championnière (marbre) ; l'éditeur Charles Delagrave (marbre) ; Raffaëlli (bronze à cire perdue) ; le buste d'un diplomate russe (bronze à cire perdue), et deux terres cuites.

Titres peu ordinaires.

Un confrère étranger, candidat à l'admission dans une Société dentaire française, expose en ces termes ses titres scientifiques :

Voici en peu de mots mes titres :

1° Je connais toutes les maladies des dents. Aussitôt que j'ouvre la bouche de mes patients je devine les maladies de leurs dents. J'arrête vite la plus grande et la plus vive douleur ;

2° J'obture les dents après les avoir nettoyées deux ou trois fois au plus sans faire venir mes patients bien souvent ;

3° Je guéris sur-le-champ et facilement les cinq degrés de la carie ;

4° Je guéris tous les abcès. Quelques-uns tout de suite, d'autres dans douze heures ou au plus dans un jour, et tout cela avec mes médicaments, dans l'usage desquels je suis très expérimenté ;

5° Tous les abcès sont guéris par moi, seulement avec les médica-

ments convenant à chaque espèce. Pour chaque abcès, je fais usage de plusieurs remèdes ;

6° Les abcès récidivants sont guéris par moi avec des médicaments de mon invention ;

7° Je ne laisse personne s'évanouir dans mes mains ;

8° Quand je fais quelques opérations dans la bouche je ne vois jamais mon patient se trouver dans l'inquiétude, qu'on aperçoit surtout aux opérations ;

9° Je fais quelques opérations de la bouche et surtout de la luette avec une méthode différente et facile ;

10° Je facilite la dentition des petits enfants de sorte que ces petites créatures ne sentent pas la moindre douleur quand l'heure de la dentition vient ;

11° Je fais aussi usage d'instruments différents de ceux qui sont employés ;

12° J'ai plusieurs médicaments dont j'ai obtenu de bons résultats ;

13° Le moment venu, je les décrirai en détail ; pour le moment, je me borne à ces quelques lignes.

Faisons comme l'auteur : bornons-nous à cela, tout commentaire affaiblirait la saveur de ce mirifique exposé.

NÉCROLOGIE

Michaëls.

Nous devons à l'obligeance de M. Isaac Davenport les détails biographiques qui suivent :

M. Michaëls, membre de l'A. G. S. D. F. et de l'American dental club of Paris, dont nous avons annoncé la mort le 24 mars 1912 dans notre avant-dernier numéro, était âgé de 74 ans.

Joseph Porter Michaëls naquit à New-York, le 10 septembre 1838 ; il perdit son père, artiste ornemaniste, à l'âge de 8 ans ; il fut élevé par sa mère.

Il fréquenta les écoles de sa ville natale et, à l'âge de 15 ans (1853) il entra comme étudiant d'abord chez M. Latson, chirurgien-dentiste, puis chez MM. Dabrymphe et Ryder. En 1858 il partit pour l'Angleterre où il entra, à Londres, comme opérateur chez M. Ballard et ne retourna plus en Amérique. En 1859 il vint à Paris et entra comme opérateur chez Preterre où il resta jusqu'en 1867. Pendant ces huit années il créa une grande partie du musée de prothèse dentaire de Preterre qui fut acheté plus tard par M. Lecaudey et offert par lui à l'Ecole dentaire de Paris.

En 1868 il s'associa avec M. Thomas W. Evans et s'établit à Vienne (Autriche) où il exerça avec grand succès jusqu'en 1876, époque à laquelle il retourna à Paris où il s'établit, tout en consacrant une grande partie de son temps à un service hospitalier (principalement comme collaborateur du Dr Péan) et à l'Ecole odontotechnique, où il fut nommé professeur.

Il se livra principalement à des restaurations prothétiques de la bouche, du palais, du maxillaire, du nez, du larynx et d'autres pertes de substance du corps humain et s'acquit bientôt une réputation par son habileté dans ce genre de travaux.

Parmi les travaux qu'il présenta à l'Académie de médecine, citons :

Restauration du nez, de l'arcade et du voile du palais et des maxillaires après enlèvement total des os de la face, (Hôpital Saint-Louis, 1890).

Restauration de la moitié supérieure de l'humérus. Rétablissement de l'articulation énarthroïdale scapulo-humérale (Cas de tuberculose osseuse, hôpital international, 1894). Cette présentation fut faite également à la Société d'Odontologie de Paris.

Restauration par un appareil particulier des parties perdues après l'ablation totale du larynx, de la partie supérieure de l'œsophage et de la partie inférieure du pharynx (Cas d'épithélioma, hôpital Saint-Jean-de-Dieu, 1895).

Restauration du tibia avec attelles osseuses légèrement décalcifiées (Cas d'ostéomyélite subaiguë, hôpital international, 1896).

Restauration des cavités naso-buccales (nez artificiel et prothèse dentaire combinée par un appareil prothétique (Cas de rhinosclérome, hôpital international, 1895).

Les patients furent présentés à l'Académie de médecine par Péan et Michaëls et les présentations publiées dans le *Bulletin de l'Académie de médecine* avec beaucoup d'autres restaurations, trop nombreuses pour être citées. Des doubles de ces appareils prothétiques ont été offerts par l'auteur au musée de l'Ecole dentaire de Paris.

Michaëls a fait beaucoup d'autres inventions ; des instruments, des appareils électriques, des générateurs, moteurs, etc.

Il s'occupa plus tard de chimie biologique et fit de nombreuses expériences et de nombreuses recherches sur ce sujet. Il recommanda l'étude de cette chimie en général et en particulier de la sialo-séméiologie par l'analyse chimique et des expériences pratiques pour découvrir les faits concernant les influences différentes de la salive pathologique par comparaison avec la salive normale, permettant d'établir une base scientifique pour des recherches futures d'un traitement prophylactique des maladies buccales et dentaires.

Michaëls a présenté la plupart de ses appareils et inventions aux divers Congrès de l'A. F. A. S. (Bordeaux, 1895 ; Nancy, 1896 ; Paris, 1897 ; Lyon, 1898), ainsi qu'un certain nombre au Congrès dentaire internatinal de 1900.

Quelques-unes de ses communications, dont la liste est fort longue, ont été publiées dans *L'Odontologie*.

Michaëls a coopéré à la fondation de l'Ecole de stomatologie où il était chef de travaux pratiques. Au moment de sa nomination à ce poste il se fit naturaliser français et renonça à la clientèle pour se consacrer à ses fonctions.

Il avait épousé en 1870 Mlle Armina Farvrington qui mourut en 1902, lui laissant deux filles et un fils, établi dentiste à Paris.

Michaëls était décoré de nombreux ordres, notamment de la Légion d'honneur.

Un grand nombre de confrères appartenant aux divers groupes dentaires de Paris et de la France assistaient à ses funérailles.

M. Godon y représentait le Groupement, M. G. Villain l'E. D. P. et M. Blatter l'A. G. S. D. F. L'Association avait envoyé une couronne.

Deux discours furent prononcés sur sa tombe au cimetière Mont-

martre : l'un par M. Chompret, au nom de l'Ecole de stomatologie, l'autre par M. I.-B. Davenport, qui se terminait par ces mots :

« Nous sommes tous venus avec un seul but, celui de faire honneur à un grand maître dans notre art, qui, avec un dévoûment inouï, a consacré toute sa longue vie professionnelle de presque de 60 ans à avancer la science et l'art, et à améliorer et guérir la souffrance humaine.

» Il aurait pu faire fortune peut-être ; mais il a renoncé à tout pour le bonheur des autres.

» Ce modeste enterrement indique la récompense qu'il a réservée pour lui-même, mais nous sommes tous ici pour reconnaître que tous les honneurs lui étaient dus, et qu'il a bien mérité de la science. Je n'ai jamais connu un homme plus fidèle au devoir, plus sincère dans ses convictions, et plus constamment dévoué à ses amis. »

NOUVELLES

Concours à l'Ecole dentaire de Paris.

Dans sa séance du 23 avril 1912 le Conseil d'administration a décidé l'ouverture de concours pour :

3 postes de professeur suppléant de clinique de chirurgie dentaire,
3 — chef de clinique de chirurgie dentaire,
1 poste de professeur suppléant de clinique de prothèse,
1 — chef de clinique de prothèse.

Sporting-Club interdentaire.

Le Sporting-Club interdentaire a fait disputer, dimanche, sa course de classement, sur Champigny-Soignolles aller et retour.. Résultats : 1. Robert Parizy, en 1 h. 35 ; 2. Mollet, à 3 longueurs ; 3. Buet (crevé) ; 4. Corne ; 5. W. Dertschmann ; 6. R. Panazza ; 7. Taba ; 8. Martinez ; 9. Patarin ; 10. E. Panazza ; 11. Herneu, etc... Officiels : Leclerc, chirurgien-dentiste ; Boulanger, Jouard.

Distraction peu pardonnable.

La femme d'un ouvrier s'était présentée à la clinique dentaire d'une grande Société de secours mutuels en cas de maladie, en Saxe,

pour se faire extraire une molaire malade. Par inadvertance l'opérateur lui enleva une dent saine. La patiente demanda 100 marks de dommages-intérêts qui lui furent accordés par le tribunal de Chemnitz.

Abcès dentaire d'un hippopotame.

Un des quatre hippopotames du cirque Sanasano, de Berlin, témoignait depuis quelque temps un certain malaise ; le vétérinaire de l'établissement conclut à un abcès dentaire. Deux vétérinaires furent mandés pour l'opérer. La gueule du pachyderme fut ouverte et maintenue telle au moyen de deux poulies ; le corps et les quatre pattes furent enchaînés.

Avec une lancette de fortes dimensions, une incision fut pratiquée dans la poche purulente et le pus s'échappa en abondance, on posa avec beaucoup de difficulté un pansement imperméable et l'animal éprouva un soulagement considérable.

Tandis que depuis quatre jours, il avait refusé toute nourriture, il se jeta abondamment sur celle qui lui fut présentée.

(Hannoverscher Courrier.)

32e ANNÉE. N° 9 — 15 MAI 1912 — VOL. XLVII

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES AU SUJET DU PROJET DE CRÉATION D'UNE CHAIRE DE STOMATOLOGIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS [1]

Par M. DUPONTREUÉ.

La Chambre des députés a voté les crédits nécessaires pour accomplir à la Faculté de médecine les réformes dans l'enseignement élaborées par la Commission de réforme des études médicales et prescrites par les décrets du 11 janvier 1909.

Le rapporteur du budget de l'Instruction publique pour 1912 présenta ce projet de loi qui fut adopté.

Un de ces décrets prévoit la création d'une chaire de stomatologie à la Faculté de médecine.

Eu égard aux nombreux médecins qui siègent au Sénat, aucune objection n'a été soulevée contre ces projets de réformes et ces innovations, et cette assemblée vient de se prononcer dans le même sens que la Chambre des députés en émettant un vote confirmatif.

En 1908 le Conseil de la Faculté s'était, lui aussi, montré favorable à l'enseignement de la stomatologie, et les pouvoirs publics avaient été sollicités par les stomatologistes et les syndicats médicaux de faire aboutir cette réforme.

Ce vote de crédits par les Chambres pourrait avoir comme

1. Rapport présenté à l'*Union fédérale dentaire nationale* le 24 mars 1912 et adopté à l'unanimité.

conséquence immédiate l'établissement d'un principe, et la création de cette chaire de stomatologie pourrait être considérée comme un acheminement vers l'obligation des études médicales pour le dentiste.

C'est une question d'interprétation au sujet de laquelle on ne sera fixé que lorsqu'un professeur titulaire aura été choisi et un programme élaboré.

La réforme a-t-elle pour but de concentrer les études — un peu disséminées jusqu'ici — des affections se rattachant à la cavité buccale, vu l'importance qu'on leur a accordée depuis une vingtaine d'années ? Cela paraîtrait logique.

Aura-t-elle, au contraire, la prétention avouée ou dissimulée — mais chère à nos confrères stomatologistes — d'être un résumé d'enseignement dentaire appelé à officialiser leur situation hybride ? Voilà toute la question !

Si cet enseignement tronqué d'art dentaire devait avoir lieu à la Faculté, à la chaire de stomatologie, ses vingt ou vingt-cinq leçons théoriques annuelles ne donneraient qu'un embryon de connaissances aux étudiants en médecine ; mais, par leur brièveté même susciteraient des vocations. Ces futurs spécialistes ne possédant que des connaissances élémentaires seraient incapables de donner des soins éclairés aux malades et leur seraient plus nuisibles qu'utiles.

Actuellement, l'étudiant en médecine qui désire se spécialiser ne commence qu'après les examens de doctorat à concentrer son activité sur la spécialité qu'il a choisie. Il ne peut en être autrement pour celui qui voudra devenir dentiste, car, pendant ses six années d'études médicales, l'étudiant est obligé de suivre un très grand nombre de cours théoriques et pratiques et il ne peut consacrer qu'un temps relativement très court à chaque branche de ses études.

En général, l'étudiant n'est reçu docteur en médecine qu'à 25 ans ; et c'est la catégorie des transcendants. C'est à cet âge, et souvent bien plus tard, que les médecins désireux de se spécialiser commencent à s'adonner à une spécialité.

Presque toujours, un médecin ne se décide à faire de la

dentisterie qu'après avoir constaté son insuccès dans la pratique générale et qu'après avoir fait plusieurs tentatives infructueuses pour s'assurer un avenir comme médecin.

Il est impossible qu'un individu qui commence à s'occuper d'art dentaire entre 25 et 30 ans, et qui ne consacre que quelques mois à cette branche, arrive à acquérir ce haut degré d'habileté manuelle indispensable à tout bon dentiste et la maîtrise en cette matière.

Pour devenir habile dans une profession qui demande un grand nombre de connaissances spéciales et surtout une grande dextérité manuelle, il est nécessaire de s'y consacrer de bonne heure, car plus tard les organes sont peu aptes à se modifier, à s'adapter à de nouvelles exigences fonctionnelles, et cette dextérité ne peut être obtenue sans une longue pratique.

J'en conclus qu'une décision égalant l'art dentaire aux autres spécialités médico-chirurgicales et en permettant et même en favorisant l'exercice aux docteurs en médecine ne pourrait qu'amener un abaissement très considérable de l'habileté professionnelle, car ces jeunes médecins ne sont que des néophytes ayant recueilli quelques bribes de notre art. Pourtant, ils se diront et on les croira dentistes. Quelle déchéance !

Il ne faut pas confondre dans cette classe le médecin qui, d'abord dentiste, a fait ses études médicales, ni le médecin qui, ses études médicales terminées, s'est courageusement mis à l'étude de l'art dentaire dans une école dentaire sérieusement organisée.

Le médecin stomatologiste actuel se contente de passer quelques mois dans un service dentaire d'hôpital et il exerce ensuite la profession sans la connaître. Il ignore en effet complètement la dentisterie opératoire et la prothèse, qui forment la presque totalité des interventions opératoires des dentistes, car les cliniques dentaires des hôpitaux sont surtout des services d'extraction, « l'ultima ratio », et le jeune médecin ne peut trouver à la Faculté et à l'hôpital que quelques leçons théoriques et cliniques insuffisantes pour se

spécialiser dans une branche aussi vaste, aussi complexe et aussi élevée.

Il est impossible que le futur stomatologiste apprenne ainsi en quelques mois et possède en ce court laps de temps une habileté manuelle et pratique que l'étudiant en dentisterie met 5 ans à acquérir, et bien souvent ce dernier n'affronte la clientèle personnelle qu'après avoir passé un temps assez long sous la direction d'un autre dentiste.

Le jeune médecin se spécialisant en stomatologie a des occupations qui ne diffèrent pas de celles du dentiste, et il s'occupera surtout du traitement des affections dentaires, les seules pour lesquelles il est consulté.

Il suffit en effet de faire un peu de statistique pour constater que c'est seulement dans deux ou trois cas sur cent, au maximum, que nous avons à traiter des affections buccales rentrant dans le domaine de la pathologie générale et non de la pathologie spéciale. En somme, dans 98 o/o des cas de la pratique courante nous faisons de la dentisterie, de l'odontologie et non de la stomatologie, *qui reste dans la pratique courante de tous les médecins.*

Il en résulte que le dentiste n'a besoin que d'une catégorie d'études déterminée et que, pour former un dentiste, il n'est pas nécessaire de commencer par en faire un médecin. On doit considérer le dentiste comme un spécialiste qui a étudié les notions fondamentales de l'art de guérir et de reconstitution des organes lésés, nécessaires pour faire de lui un odontologiste intelligent.

Le chirurgien-dentiste a été spécialement créé pour exercer la fonction dentaire *sociale*, et il est seul organisé pour l'exercer utilement. Un malade se rendant chez un chirurgien-dentiste diplômé d'une École dentaire est certain de trouver un praticien ayant vu et traité de nombreux cas semblables au sien, tandis que, s'adressant au jeune stomatologiste, en comptant sur ce titre prétentieux et inexact, il a des chances que sa bouche soit le premier lieu d'expérience du médecin de la veille, dentiste du lendemain.

Le but des stomatologistes en réclamant cette chaire à la

Faculté est de décider les pouvoirs publics à reconnaître plus tard que seul le doctorat en médecine peut permettre l'exercice de l'art dentaire.

C'est tout simplement la mise hors la loi des dentistes et la négation de leurs études, de leurs travaux et de leurs œuvres d'initiative privée, auxquelles est dû le niveau élevé actuel du savoir odontologique.

Bien qu'il leur en coûte de l'avouer, les stomatologistes ne sont que des dentistes déguisés et souvent incompétents et les soins ou opérations qu'ils ont à faire ou à donner n'ont pour terrain que la région gingivo-dentaire. La stomatologie n'offre aucun cadre bien spécialisé pour permettre et motiver cette orgueilleuse appellation de « stomatologie » qu'on cherche à constituer en spécialité médicale, voulant ainsi faire disparaître la classe des chirurgiens-dentistes pour la remplacer par une classe de médecins-dentistes. C'est souvent la logique des décisions administratives : il fallait un calculateur, c'est un danseur qu'on choisit.

La classe des dentistes doit continuer à exister. Les affections des dents diffèrent d'une façon très remarquable de celles des autres parties du corps, et par leur fréquence et par la nature toute spéciale des interventions qu'elles exigent. Il est de toute nécessité qu'il existe pour leur traitement une classe nombreuse de chirurgiens-dentistes.

Eu égard à l'importance que le bon état des dents a pour la santé des individus et pour le bien-être social, il est nécessaire, dans l'intérêt de la société, que les dispositions législatives concernant l'art dentaire ne soient pas de nature à créer de grands obstacles à la formation de chirurgiens-dentistes nombreux et habiles.

En outre, l'importance de la prothèse en art dentaire fait qu'il est impossible d'être un bon dentiste sans posséder une très grande habileté manuelle et par conséquent sans avoir longtemps travaillé pour apprendre la mécanique dentaire d'abord et la prothèse clinique ensuite.

Si malgré nos efforts, l'enseignement de la stomatologie

à la Faculté était dévié en enseignement odontologique, les Ecoles dentaires resteraient quand même les seuls centres d'enseignement pratique, car il n'y a que dans nos Ecoles qu'il soit possible de donner cet enseignement spécial, la Faculté de médecine n'ayant jamais pu l'organiser pour ses propres spécialités.

La loi d'évolution est une continuelle genèse, qu'il s'agisse des êtres ou des sociétés humaines. Ce n'est qu'en perfectionnant ce qui existe qu'on gravit les échelons de cette évolution sans fin et ce n'est pas par l'adjonction du titre de docteur en médecine qu'on clora l'évolution de la profession de chirurgien-dentiste. C'est en s'occupant de perfectionner les moyens éducatifs du dentiste et ce n'est pas en contemplant un parchemin doctoral qu'on arrivera à ce résultat.

Si l'on se reporte à l'époque qui précéda 1880 on trouve la profession de dentiste sans guide et sans organisation, en pleine période amorphe ; puis une organisation se fait jour avec la fondation des Ecoles dentaires et d'associations diverses. Ensuite vient la loi de 1892 qui donna un caractère légal à cette réglementation facultative des Ecoles et créa le diplôme spécial de chirurgien-dentiste consacrant l'autonomie de la profession, légalement distincte par son titre et ses études spéciales de la profession de médecin.

Le progrès ne s'est pas arrêté là : les dentistes ont voulu perfectionner ce qui existait ; ils organisèrent des Congrès nationaux et internationaux. A cette évolution se sont employés des dentistes et quelques médecins odontologistes bien pourvus pour la lutte scientifique, entraînant et guidant le courant professionnel.

L'Ecole dentaire de Paris fut créée en 1880, l'Ecole odontotechnique suivit de près en 1884 et c'est grâce à ces créations que la nécessité d'une réglementation se fit plus vivement sentir et qu'intervint la loi de 1892, résultat immédiat et logique de la création et du développement des Ecoles dentaires.

Ces Ecoles ont des cours médicaux. Elles ont des salles d'opérations où journellement des quantités de malades

passent entre les mains des élèves, sous la direction des professeurs, pour y subir toutes les interventions que comporte l'art dentaire. La prothèse, qui constitue la partie la plus noble et la plus importante de notre art, y occupe une place considérable en rapport avec l'importance qu'elle mérite.

C'est depuis la création de ces Ecoles, et surtout depuis 1892 que les médecins ont voulu pratiquer la dentisterie ; une vingtaine peut-être l'exerçaient avant cette époque.

En comparant la nomenclature des travaux et des connaissances exigées des étudiants des Ecoles dentaires avec ce qu'on demande aux candidats au doctorat, on constate que les dentistes sont toujours mieux préparés à exercer leur art que les médecins, car le décret du 11 janvier 1909 résuma parfaitement la formule odontologique par suite de la création du stage. L'évolution dentaire est ainsi arrivée à un grand degré de perfection.

D'après la décision du 24 juillet 1906, les Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique sont autorisées à donner des soins gratuits aux personnes admises à l'Assistance médicale à domicile et au bureau de bienfaisance. Les Ecoles dentaires sont donc assimilées aux Dispensaires de l'Assistance publique. Elles collaborent à l'œuvre de l'Assistance, tout en conservant leur autonomie sans la plus légère subordination aux hôpitaux. Cette décision a eu l'avantage pour notre profession de reconnaître publiquement le droit des odontologistes de donner leurs soins aux malades de l'Assistance Publique, les plaçant de ce fait sur le même pied que les stomatologistes des hôpitaux.

Au point de vue de l'intérêt général, les Ecoles trouvent ainsi tous les malades nécessaires à leur enseignement.

Le directeur de l'Assistance publique a reconnu en 1906 l'insuffisance de l'installation et de l'organisation des services dentaires des hôpitaux, et cet aveu est précieux. Il ne fait que confirmer la supériorité des soins dentaires donnés dans nos Ecoles sur ceux donnés dans les hôpitaux et montre que l'organisation de l'enseignement clinique de l'art dentaire est irréalisable à la Faculté.

Cette affirmation est la même que celle émise lors de la discussion de la loi de 1892 et lors de la demande de crédits en 1894 pour la création d'un enseignement dentaire à la Faculté de médecine et dans le rapport Peyron en 1890.

Au Parlement, en 1894, M. Bastid, rapporteur de la Commission du Budget, a reconnu l'inutilité de voter un crédit de 60.000 francs pour remplacer les Ecoles. Il était l'interprète de MM. Rouvier, Brisson, Chautemps et Mesureur, défenseurs des Ecoles à la Commission du Budget. M. Bastid a dit dans son rapport : « Il existe à Paris deux Ecoles dentaires qui ont donné les meilleurs résultats et qui sont en pleine prospérité. »

D'après le rapport Mesureur (20 octobre 1904), les dentistes ont évité la subordination. En 1906, M. Mesureur a vanté la parfaite installation et le merveilleux outillage de nos Ecoles.

Une Commission de réforme des Etudes médicales fut instituée le 5 mars 1907 pour rechercher les modifications qu'il y avait lieu d'apporter dans l'organisation des études médicales. Ses travaux furent clos le 21 mars 1908. Le rapporteur était un agrégé de la Faculté. Cette Commission a abordé la question du chirurgien-dentiste et, malgré les efforts des partisans du doctorat en médecine (vœu du Professeur Bouchard), elle a conclu au maintien du diplôme de chirurgien-dentiste.

Donc, à cette époque, cette commission officielle composée en grande majorité de médecins a refusé d'émettre un vœu en faveur de l'obligation du doctorat en médecine et a reconnu la nécessité du diplôme de chirurgien-dentiste. Car il ne faut pas oublier qu'en 1879 le vice-recteur Gréard se prononçait pour l'Officiat de santé pour les dentistes et qu'en 1884 le Professeur Gavaret avait cherché à entraîner le Conseil des études médicales à se prononcer pour le doctorat.

Nous avons fait le passé, le présent est notre œuvre, nous ferons l'avenir, qui doit nous être assuré, car nous engageons une lutte de doctrine ayant comme objectifs le bien public et le progrès.

Les dentistes ont vécu sous le régime de la loi de l'an XI, malgré les attaques furieuses d'une partie du Corps médical.

Notre existence est assurée par la loi de 1892, loi rationnelle en son principe d'un diplôme spécial pour un art tout à fait spécial.

C'est seulement dans les pays où l'art dentaire comporte un diplôme et des études spéciales, comme les Etats-Unis, l'Angleterre, la France et la Suisse, que la profession dentaire a progressé et que le dentiste remplit convenablement le rôle qui lui est dévolu dans la société.

D'après l'orientation générale des idées actuelles, on décentralise, on cherche à décharger l'Etat de toutes les fonctions qui peuvent être exercées par des particuliers, et l'enseignement professionnel libre doit avoir plus d'adeptes que jamais.

Le chirurgien-dentiste doit être toujours là pour défendre sa loi, de même que son ancêtre, le mécanicien-dentiste, a su, pendant de longues années, défendre sa liberté.

Les écoles dentaires seules, grâce aux efforts incessants de l'enseignement supérieur libre, remplissent suffisamment leur rôle pour instruire les dentistes.

La création d'une chaire de stomatologie à la Faculté constituerait une dépense absolument inutile pour les contribuables, car, ou elle serait une superfétation des études des maladies de la bouche, enseignées de tout temps, ou, s'occupant d'odontologie, elle ne servirait qu'à résumer un programme ne donnant aucune connaissance pratique aux étudiants en médecine.

La médecine aux médecins, la prothèse et la dentisterie aux dentistes.

L'union entre tous les odontologistes est plus que jamais nécessaire pour sauvegarder le présent, c'est-à-dire notre enseignement technique professionnel existant déjà avant la loi de 1892.

Cet enseignement s'impose à l'attention des pouvoirs publics, qui doivent compter avec les écoles dentaires reconnues d'utilité publique, offrant toutes les garanties désirables.

L'existence des Ecoles dentaires est une nécessité absolue avec leur programme et leur enseignement complet. Les deux écoles de Paris ont un budget de plus de 400.000 francs. Des écoles professionnelles de cette importance doivent être encouragées et défendues par les membres du Parlement contre la conception des stomatologistes qui mettrait de sérieuses entraves à l'évolution de notre art.

L'Etat a toujours été et sera toujours impropre à donner un enseignement technique complet, et l'enseignement officiel à la Faculté par une chaire de stomatologie ne serait qu'un programme, une indication générale. Où ce programme se réaliserait-il ? Où serait-il mis en pratique ? Il est impossible qu'il soit complété dans les cliniques dentaires hospitalières. C'est cependant l'enseignement pratique qui joue un rôle capital pour former un dentiste.

Conclusions.

Le décret du 11 janvier 1909 modifiant les études médicales a décidé la création d'une chaire de stomatologie dans les Facultés de médecine. Ce décret n'indique nullement les causes qui ont motivé cette innovation.

Il y a lieu de supposer qu'on considère les maladies de la bouche comme ayant pris une importance égale aux autres spécialités médicales, comme l'obstétrique, l'oculistique, et qu'elles doivent être enseignées à part sous le nom de stomatologie.

Cet enseignement spécial dont se compose la stomatologie se résume en éléments d'anatomie spéciale, de pathologie spéciale, de thérapeutique spéciale et de chirurgie spéciale. Les étudiants en médecine recueillaient ces connaissances dans différents cours à la Faculté et dans certains services de chirurgie générale et dans le service d'oto-rhino-laryngologie.

Mais la prothèse spéciale des dents et des maxillaires, les maladies et les traitements de la région gingivo-dentaire n'ont été enseignés nulle part, soit à la Faculté, soit dans les hôpitaux.

Il en résulte que ces dernières branches, qui constituent le programme des études dentaires réformées par le même décret du 11 janvier 1909, sont légalement considérées comme séparées de celles qui devront être enseignées à cette chaire, si sa création est rendue effective.

L'enseignement de la stomatologie proprement dite n'était pas négligé à la Faculté. Les médecins ne se sont jamais plaints, et ils ont toujours trouvé dans les différents services médicaux l'enseignement qui convient.

C'est à la demande de spécialistes des maladies de la bouche et des dents qui s'intitulent « stomatologistes » que cette innovation est due. Or, ces spécialistes ne sont autres que des dentistes ou tout au moins ne s'occupent que d'affections dentaires.

Leurs revendications stomatologiques ne sont qu'un expédient pour faire rentrer l'art dentaire à la Faculté, en bloc, avec les autres branches de la stomatologie pure.

L'Union fédérale dentaire nationale qui est chargée de prendre la défense des intérêts généraux des chirurgiens-dentistes doit, au nom de tous les groupements dentaires français, attirer d'urgence l'attention des pouvoirs publics sur cette tentative d'accaparement des études dentaires réglementées par le même décret.

Que la Faculté crée une chaire de stomatologie, soit, mais non une chaire d'odontologie.

ORDRE DU JOUR.

La réunion interprofessionnelle du 24 mars 1912,

Considérant que le projet de création d'une chaire de stomatologie dans les Facultés de médecine compris dans le décret sur la réforme des études médicales du 11 janvier 1909 pourrait recevoir prochainement son application si les crédits relatifs à la réforme des études médicales inscrits au budget de 1912 étaient votés intégralement par le Sénat, comme ils l'ont été par la Chambre des députés ;

Considérant l'inutilité d'une telle chaire ;

Soumet à l'appréciation des pouvoirs publics les considé-

rations suivantes, qui résument sa protestation contre la dite création :

1° Si la chaire est créée en vue de donner aux étudiants en médecine des notions d'art dentaire, elle n'est pas nécessaire, puisqu'il existe des services dentaires dans les hôpitaux et puisqu'il suffirait de l'obligation pour les étudiants en médecine de 4e année d'un stage combiné d'un à trois mois dans les écoles dentaires et dans quelques-uns des services dentaires des hôpitaux ;

2° Si cette chaire a pour but de remplacer l'enseignement dentaire complet destiné à former des chirurgiens dentistes, elle serait tout à fait insuffisante, attendu qu'elle ne saurait remplacer l'enseignement complet théorique et pratique des écoles dentaires, qui comprend plus de 20 cours théoriques et plus de 40 cours techniques par semaine ;

3° Enfin cette création irait à l'encontre de la décision des membres du Parlement formulée en 1894 dans le rapport Bastid au nom de la Commission du budget et ainsi conçue :

« *Est-il donc nécessaire que l'Etat vienne détruire ce* » *qu'a produit l'initiative individuelle ?*

» *Il nous a semblé que la loi du 30 novembre 1892,* » *en rendant obligatoire le diplôme de chirurgien-* » *dentiste pour l'exercice de l'art dentaire, n'imposait* » *pas nécessairement à l'Etat d'organiser cet enseigne-* » *ment dans ses Facultés. Il existe à Paris deux écoles* » *dentaires qui ont donné les meilleurs résultats et qui* » *sont en plein fonctionnement. On peut prévoir que* » *des écoles de ce genre s'organiseront ailleurs. Si l'on* » *impose cet enseignement dans les Facultés qui ne le* » *demandent pas, c'est la mort des établissements* » *libres.* »

Il y a lieu d'ajouter que les écoles prévues par le Rapporteur de 1894 se sont créées depuis à Lyon, Bordeaux, etc.

La réunion émet en conséquence le vœu qu'il ne soit pas créé de chaire de stomatologie.

PONT TABLIER A MORTAISES, VISSÉ SUR BAGUES FENDUES [1]

Par H. LÉGER-DOREZ.

La Société de Stomatologie m'a fait l'honneur de discuter sur mon travail : *Bridge à mortaises clavette sur bagues fendues*, mais il est bien dommage qu'on ne m'ait point invité à présenter moi-même des appareils de ma façon ; cela m'aurait évité de revenir sur ce sujet [2] pour remettre les choses au point.

Lorsque M. Pierre Robin est venu chez moi, sur ma prière, assister à la confection d'une bague fendue telle que je la conçus, il était, comme tout esprit critique, décidé par avance à modifier ma méthode pour peut-être la rendre meilleure ; de là, la conception de l'appareil qu'il a montré, le premier de la fabrication de son mécanicien, peu entraîné sur la matière, et naturellement défectueux sur tous les points.

La démonstration d'un appareil devrait être faite sur le type même décrit par l'auteur, sauf à mettre en parallèle le nouvel appareil imaginé modifiant le premier. C'est ce que M. Pierre Robin a omis de faire, et mon bridge sur bagues fendues, présenté de la sorte, dénaturé, démarqué à son origine, ne pouvait qu'être préjudiciable à ma méthode, et, comme le dit M. Pierre Robin lui-même, ne pouvait pas lui donner une confiance suffisante pour le placer dans la bouche.

Les difficultés d'ajustage dont il parle ne sont que de lourdes fautes de technique commises avec une défectueuse application de mon système.

Les bagues qu'il fait faire en deux morceaux soudés ne

1. Réponse à la communication de M. Pierre Robin faite à la Société de Stomatologie le 18 décembre 1911 et intitulée : « Appareils à pont fixés par des bagues fendues sur des dents piliers ».

2. V. Pont à mortaises clavette sur bagues fendues in *L'Odontologie*, 30 novembre 1911.

peuvent pas être plus exactes, il s'en faut de beaucoup, qu'une, coulée d'une seule pièce. Elles présenteront toujours au niveau des points de soudure une partie faible due à la différence de densité des métaux employés, sans compter les difficultés de raccordement sur lesquelles il me semble inutile de m'étendre.

Avant de décrire « Le Bridge à bagues fendues », j'ai essayé les demi-bagues, le type « Locket-Crown » [1], fig. 1, 2

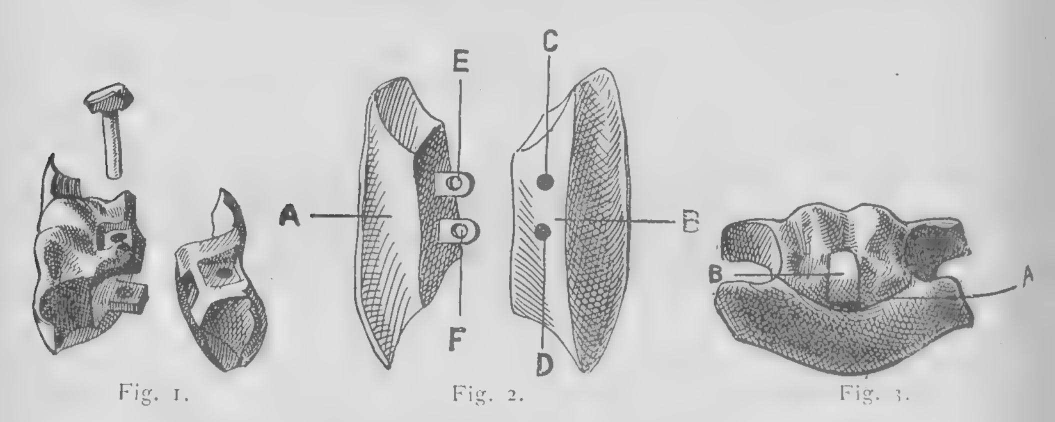


Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.

et 3, dent à verrou allongée sur les couronnes de rétention, les mêmes vissées, etc., etc. Aucun de ces systèmes utilisés sur moi-même ne m'a donné satisfaction. Seule la bague fendue, mince flexible et soigneusement ajustée semble devoir dans l'avenir justifier la confiance que je lui accorde.

L'empreinte, prise au plâtre avec mon petit « porte-empreinte à bêche » [2] (figure 4) donne des modèles aussi parfaits que le plâtre peut les donner ; ces modèles, coulés en plâtre spécial extra-dur, séchés lentement, sont stéarinés durant une demi-heure, afin de bien nourrir le plâtre.

Sur un pareil modèle, voici comment je construis la bague fendue, la figure 5 [3] restant toujours le type primitif qui peut être employé.

1. Le Laboratoire et le Progrès dentaire réunis, 7 mai 1911.
2. *Odontologie*, 30 avril 1912.
3. *Odontologie*, 30 novembre 1911.

Lorsque la bague est établie sur le modèle en cire au 7 environ d'épaisseur de la filière française, qu'elle est écar-

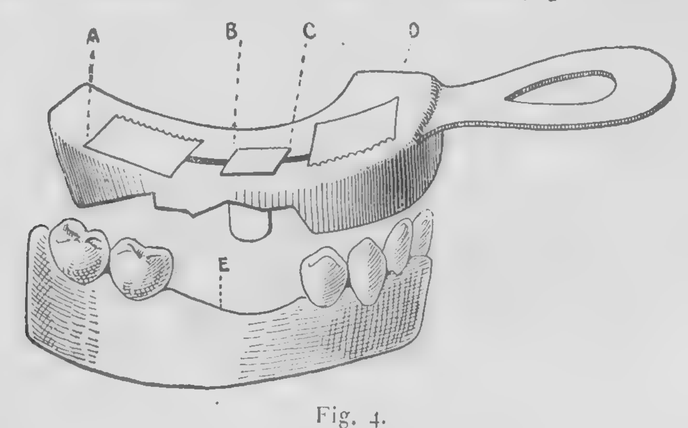


Fig. 4.

tée, puis sortie du modèle, elle est recouverte d'une cou-

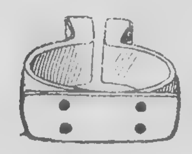


Fig. 5.

che très mince de revêtement fin, puis enrobée de gros revêtement, coulée ensuite en *or neuf* à 22 carats, elle sort

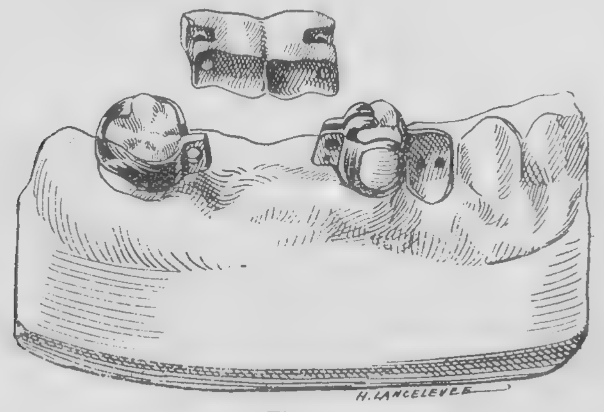


Fig. 6.

nette et propre de la coulée. Si avec une fraise ronde à polir appropriée, montée sur le moteur, cette bague est soigneu-

sement, mais fortement nettoyée à l'intérieur, la bague reportée sur le modèle ne présentera plus qu'un retrait absolument insignifiant, cela, je puis l'affirmer et je vais le démontrer.

Quoi qu'en dise M. Pierre Robin, il est très facile d'adapter des faces d'émail quelconques sur mes ponts clavettés. Je n'ai qu'à puiser dans la collection des 43 ponts placés dans ma clientèle en 18 mois pour le lui prouver. Les figures ci-dessous, extraites du « Laboratoire » du 12 novembre 1911, le démontrent aisément.

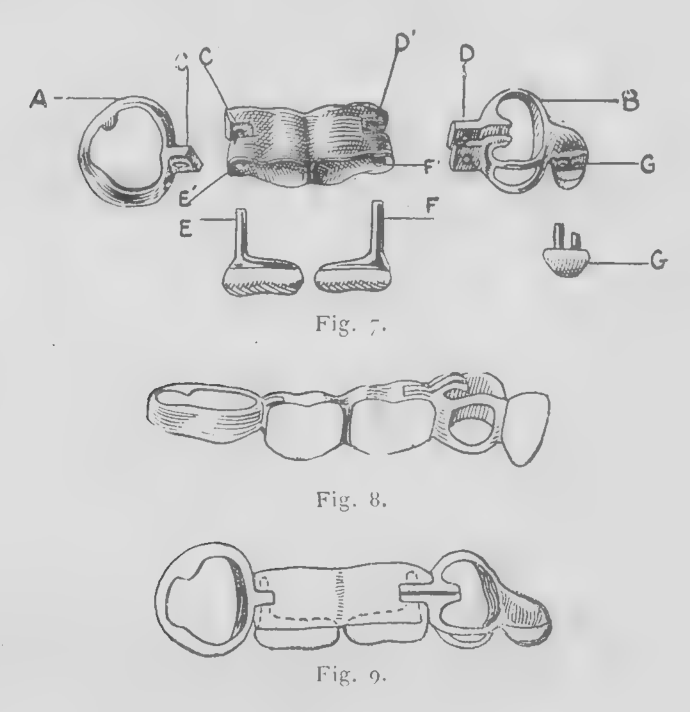


Fig. 7.

Fig. 8.

Fig. 9.

Ces appareils avant la mise en place sur le patient ayant été remis au dessinateur, il verra que j'ai même trouvé là un joli moyen de les adapter. Il me serait possible d'en montrer ainsi dix de types différents, portant des faces d'émail, des couronnes et même des dents naturelles. On les retrouvera facilement dans « Le Laboratoire » de 1911-1912, cela M. Pierre Robin ne l'ignore cependant pas.

La figure 10 est le type idéal de bague fendue quand le

pont est jeté sur un espace interdentaire représentant une dent 1/2 à 2 dents absentes (AA' trous taraudés pour le passage de la vis de serrage de la bague sur la dent. B trou de raccordement de ce tasseau à celui de la bague antagoniste).

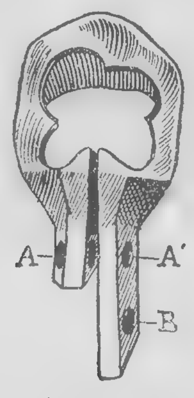


Fig. 10.

La figure 11 [1] est l'attelage original des deux bagues

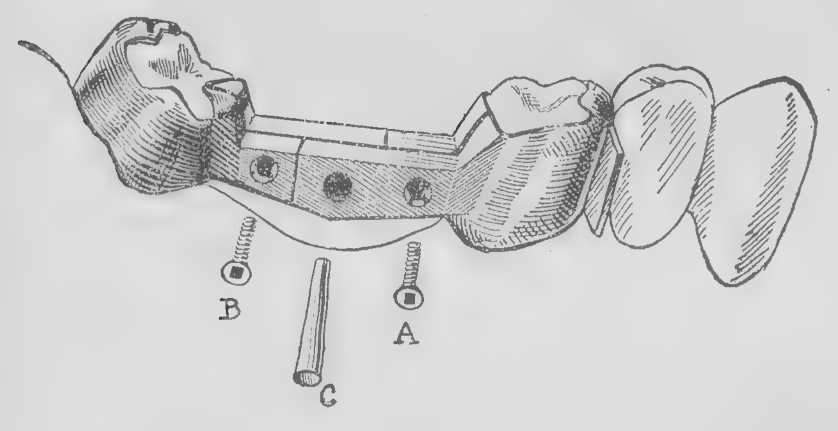


Fig. 11.

entre elles, les vis A et B sont destinées à fixer, en les rapprochant, les tasseaux des bagues sur les dents.

---

1. *Odontologie*, 30 novembre 1911.
« La *Odontologia*, marzo 1912, Madrid.
« Le *Journal Dentaire Belge*, janvier 1912, Belgique.
« La *Stomatologia*, 22 aprile 1912, Milano.

Les vis A et B (fig. 11) sont maintenant cachées dans la mortaise-tablier du pont (fig. 12) [1], la vis A solidarise le tablier sur les tasseaux en les réunissant entre eux. On voit par ce procédé que le pont devient rigide, solide, quoique démontable, et sans préjuger de l'avenir, nous pensons que

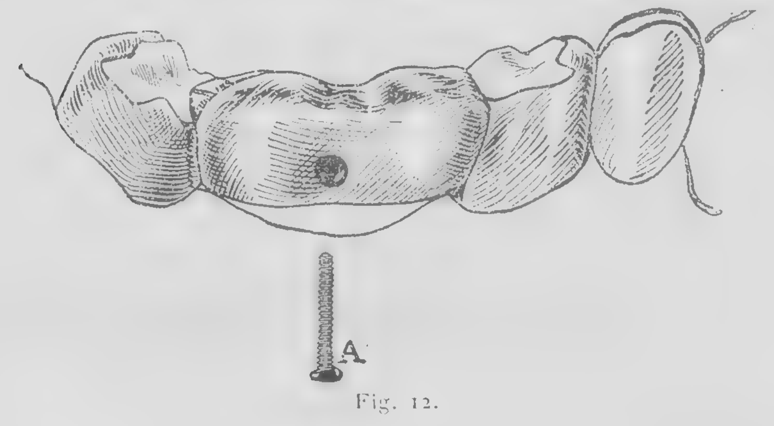


Fig. 12.

ce pont peut offrir autant de résistance à l'action de la mobilité physiologique des dents qu'un pont ordinaire.

Un mot juste fut dit dans la discussion du 18 décembre par M. Pitsch : « Que deviendront les dents points d'appui ? » Comme lui, je répondrai : « L'avenir nous le dira », n'ayant qu'une consécration de dix-huit mois pour le premier appareil placé, et de neuf mois pour celui que je porte dans ma bouche. Aucun jusqu'ici ne m'a donné la moindre crainte.

Mon procédé, comme on a pu s'en rendre compte, n'a aucun rapport, quoi qu'en dise M. Chompret, avec celui de Davenport non plus qu'avec tout autre. Mes bagues fendues peuvent, si l'on veut, descendre sous le bord gingival ou se percher simplement sur les rondes bosses des molaires, à la manière de Davenport. Je dois dire ici que cette manière de percher les ponts simplement sur les rondes bosses des dents laissant les collets à découvert, est loin de m'avoir donné les résultats que j'en attendais ; voici pourquoi :

1. *Odontologie*, 30 novembre 1911.

Un premier pont à bagues fendues *n'épousant que les rondes bosses de mes propres molaires* fut *fixé dans ma bouche par l'assistant de M. Davenport, M. Darcissac,* mais je dus le retirer au bout de deux mois. La cause : la brosse à dents dont les crins limités par le bord gingival, d'une part, et la bague fendue, de l'autre, usaient à ce point le collet de mes dents resté libre que je dus abandonner ce procédé à cause de la sensibilité extrême des collets, et recourir au pont que je possède à présent, lequel couvre la totalité des faces linguales, distales et labiales des organes de support qui ne m'occasionnent plus le moindre ennui.

Le procédé de Davenport n'est qu'une très petite modification apportée au pont ordinaire, et qui oblige encore à la décortication, comme l'ancien, des faces triturantes sur lesquelles il se pose.

Mon système à bagues fendues présente cette originalité qu'il permet de placer un pont dans tous les cas, et la divergence ou la convergence extrême des dents de support sont une garantie de premier ordre pour sa bonne tenue. Les difformités, anomalies, déviations sont autant d'avantages pour la bonne adaptation, et cela sans faire subir aux organes de support la plus légère mutilation.

La dent, quelle qu'elle soit, peut être encerclée intimement de la face triturante au collet, si l'on a soin de sortir la bague du modèle comme l'indique la figure 13, et point n'est besoin d'avoir recours à d'autres procédés pour l'obtenir parfaite, plus parfaite qu'une couronne quelconque faite à la main.

L'arceau de cire, à la manière de l'anse d'un panier que l'on voit sur la figure, aide à sortir la bague sans la déformer ; il fournit ensuite un point d'appui pour percer et tarauder les trous après la coulée.

M. Nespoulous a tout à fait raison de dire que le tablier du pont recouvrant les tasseaux doit être d'une seule pièce et prendre ses assises à ses extrémités. L'articulation mortaise au centre du tablier que préconise Pierre Robin

est une anomalie qu'on ne rencontrerait pas au milieu d'un pont où la circulation serait quelque peu intense sans le voir s'effrondrer. Ce qui ne peut être utilisé sur l'un ne peut non plus l'être sur l'autre.

Il faut établir le bridge tel que je l'ai indiqué en trois coulées distinctes, car c'est précisément ce fractionnement dans la coulée qui permet d'obtenir des pièces présentant le minimum de retrait, chaque bague préparée est remise à sa place sur le modèle, sur chacune d'elles il a été facile de rattraper le retrait comme je l'ai démontré plus haut.

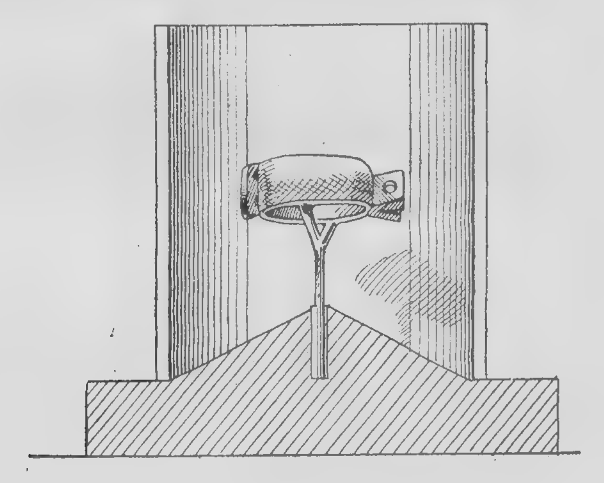


Fig. 13.

Le tablier du pont établi à son tour subira seul son retrait, qu'il sera alors facile de rattraper en l'ajustant sur ses tasseaux et en reperçant les trous sur le modèle même ou, s'il est très long, en le coupant en son centre pour le resouder en interposant entre les morceaux une lame d'or à 22. La fig. 14 montre le pont assemblé, après avoir rattrapé le retrait.

L'anneau n'est pas retenu à la manière d'un inlay comme l'a fort bien fait remarquer M. Chateau, mais par les rondes bosses des dents elles-mêmes, et si l'on doutait de la tenue, sur des dents courtes, il serait très facile de donner horizontalement une ou deux entailles de meule en escalier sur les faces labiales ou linguales des dents dans lesquelles

viendraient se loger les saillies correspondantes venues en coulée dans l'intérieur de la bague.

Quant à l'idée de M. Pierre Robin, idée qui a attiré une remarque de M. Fargin-Fayolle, de dissoudre la matière du modèle dans l'intérieur de la bague, elle me semble inutile, étant donné la grande facilité avec laquelle il est possible d'ouvrir les bagues fendues pour les sortir du modèle. Une fois coulées, étant en or à 22 carats, ces bagues se resserrent sur le modèle ou dans la bouche à une

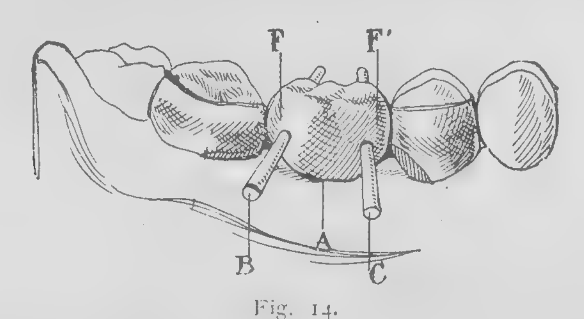


Fig. 14.

pression modérée des mors d'une pince et reprennent aisément la forme primitive sous laquelle elles ont été coulées, la vis fait le reste.

M. Fargin-Fayolle a pensé sans doute à faire des chapeaux complets en cire avec possibilité de dissoudre le plâtre [1] sous le chapeau de cire ; ce procédé peut être obtenu aisément par un surmoulage de gélatine ; mais, par malheur, la couronne d'or ainsi obtenue nécessite pour être placée la décortication totale de l'organe sur lequel elle se juxtaposera, ce qui est bien loin de mon idéal.

1. Le plâtre se désagrège facilement par la lessive de soude caustique à 25° et contenant un volume de 15 o/o de soude caustique anhydre. E. Keiquart, 1903. Dorure, argenture, nickelage. Chez l'auteur, 120, rue Championnet.

REVUE DES REVUES

LES CARIES DENTAIRES SYSTÉMATISÉES

Par B. de NEVREZÉ.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Quand on examine attentivement les malades qui viennent vous consulter pour leurs dents, on est frappé du rôle important que peuvent jouer les maladies générales dans les lésions dentaires, qu'il s'agisse des maladies éruptives, que ce soit une intoxication chimique, ou même une suite de troubles pathologiques évoluant pendant plusieurs années sur un organisme.

Nous allons en donner ici quelques exemples bien frappants.

Voici un premier type de malade que nous citons dans notre observation n° 10 ; il s'agit d'un médecin de 35 ans qui se présente à nous un peu désespéré de la récidive de ses caries qui progressent, malgré la surveillance la plus assidue de son dentiste, malgré les soins journaliers qu'il apporte lui-même à ses dents, malgré aussi un traitement de recalcification générale auquel il s'est soumis. L'examen nous révèle que toutes ces prémolaires sont atteintes de carie plus ou moins profonde, et que deux d'entre elles ont été extraites ; sa canine inférieure gauche présente également une carie à son collet. Pourquoi cet homme fait-il des caries plutôt qu'un autre ; pourquoi ces caries sont-elles localisées aux prémolaires ? Pourquoi récidivent-elles toujours ? Telles sont les questions qui se posent immédiatement à notre esprit.

L'histoire pathologique de notre malade va nous répondre qu'à l'âge de 8 ans il a présenté une scarlatine très grave ayant profondément touché sa constitution, et nous voyons, en consultant le schéma du système de calcification des dents, que les prémolaires se développent vers l'âge de huit ans. La scarlatine a troublé profondément la calcification de ces dents, qui, de ce fait, sont restées plus prédisposées que les autres à la carie ; quant à leur récidive, elles s'expliquent par la présence de lésions cicatricielles du poumon droit, mais contenant encore des toxines tuberculiniques décalcifiantes.

Une maladie générale se manifeste-t-elle toujours d'une même façon sur les dents ? Evidemment non ! Les taches blanches de l'ivoire ne sont pour nous qu'une lésion de dyscalcification ; elles se présentent tantôt sous la forme de lignes horizontales, tantôt sous la

forme de marbrures rappelant un peu celles d'une tranche de savon; tantôt elles affectent la forme de petits nuages irréguliers, opaques, laissant apparaître de place en place des espaces plus transparents; ces lésions sont fréquentes aux prémolaires et davantage encore au niveau des incisives. A l'appui de nos dires, nous citerons, parmi nos observations, deux des plus typiques: dans l'une, la cause de ces taches blanches était nettement due à une broncho-pneumonie grave, ayant touché surtout les incisives parce qu'elle évolua entre l'âge de 3 et 4 ans; dans la seconde, ces taches localisées aux quatre incisives étaient liées à une diphtérie ayant évolué à l'âge de trois ans; de plus, dans ce dernier cas, les deux incisives centrales étaient cariées à leur face distale. En réalité, ces taches blanches ne sont pas autre chose qu'une lésion de l'ivoire irrégulièrement calcifié, et dont certaines régions plus opaques se voient plus facilement à travers l'émail transparent; il existe souvent des lésions de l'émail qui se manifestent sous forme de *stries* au même niveau que ces taches dentinaires.

Lorsque la maladie générale est aiguë, ces lésions sur les dents se manifestent par des érosions de l'émail ou hypoplasie; tous nos confrères connaissent depuis longtemps la façon de reconnaître la date d'une maladie ancienne par la *localisation des érosions dentaires;* par exemple, on saura que, lorsque les incisives portent à leur partie moyenne des sillons d'érosion, les canines sont touchées également au niveau de leur pointe; dans tous les cas, cet ensemble de lésions peut être rattaché à une maladie infectieuse *aiguë* ayant frappé l'organisme à l'âge de 3 ans. Ces érosions de l'émail frappent aussi bien les dents temporaires (Theuveny) que les dents permanentes (Capdepont).

Dans bien des cas, les maladies aiguës bénignes ne se manifestent à l'œil de l'observateur que sous forme de stries de l'émail disposées en forme de sillons horizontaux autour de la couronne; quelquefois sous forme de bourrelet [1]. On constate que ces stries de l'émail ont toujours une localisation spéciale sur les couronnes des dents et restent la trace d'une maladie générale ayant troublé les dents au moment de leur calcification.

Il n'est pas jusqu'*aux caries des dents de lait* qu'on ne puisse rattacher à une maladie ou à des troubles de nutrition générale; nous en citerons l'exemple suivant:

Une enfant de 5 ans nous est amenée, porteuse de caries multiples sur toutes les molaires et canines de lait, ainsi que sur les deux cen-

1. Capdepont pense que ce sont des formes atténuées d'érosion, car profondément l'émail présente des stries de Retzius, c'est-à-dire des zones d'émail granuleux, et l'ivoire présente d'autres stries nombreuses de dentines globulaires qui leur correspondent. On appelle encore ces stries horizontales du nom de *Périkymaties.*

trales supérieures temporaires ; et, sans attendre que la mère nous donne des renseignements, nous portons un diagnostic de troubles survenus au cours du 9e mois de la grossesse ; la mère nous apprend qu'en effet elle a eu un accouchement jumellaire prématuré au 8e mois de la grossesse, et que notre petite malade a été celle des deux qui fut la plus difficile à élever à cause de son poids relativement faible (2 kgs 200).

Ce n'est pas tout ; si les dents permanentes et les dents de lait nettement évoluées présentent, à cause de ces maladies générales, des lésions nettes et facilement visibles, l'intoxication ou la maladie peut être assez grave pour empêcher même l'évolution de la dent et frapper de mort le germe dentaire : c'est l'atrophie folliculaire totale ; c'est ainsi que nous rapportons l'histoire suivante qui est loin d'être isolée : Une jeune femme (30 ans) se présente à nous portant encore ces deux dents centrales de lait inférieures. Un peu étonné de cette persistance, nous demandons à la jeune femme de vouloir bien nous donner des renseignements sur son histoire pathologique, et d'une façon presque affirmative, nous lui disons qu'elle a subi à l'âge de 3 ans une maladie particulièrement grave. Après avoir pris des renseignements auprès de sa mère, nous apprenons qu'en effet, à l'âge de 3 ans elle fut, ainsi que sa grand'mère, victime d'un empoisonnement par des vapeurs de teinturerie et d'oxyde de carbone, au cours duquel la grand'mère fut si profondément touchée qu'elle ne put se relever et mourut quelques mois après ; quant à elle-même, elle fut longue à se rétablir de cette intoxication dont les effets nocifs durèrent jusqu'à l'âge de 7 ans. Sa vie jusqu'à ce moment ne fut qu'une longue suite de bronchites, d'angines, d'entérites qui empêchèrent le développement de se faire normalement. Actuellement encore on constate des lésions anciennes de tuberculose au sommet de l'un des poumons.

De cette observation il nous est permis de conclure que les follicules dentaires de d^1 et de g^1 ont été détruits au cours de cette intoxication grave (destruction qui est d'ailleurs confirmée par la radiographie).

Dernièrement encore, faisant des recherches sur la cause de ces caries d'origine générale, nous avons eu la bonne fortune de surprendre le processus intime de ces troubles de calcification, et de voir que, sur des dents en apparence saines, il existait des lacunes profondes de l'ivoire, en plein tissu dentaire. Il s'agissait d'une jeune fille de 16 ans ayant présenté un long passé pathologique entre 2 et 15 ans ; elle eut la coqueluche à 2 ans 1/2 ; des entéro-colites de 2 ans à 4 ans 1/2 ; les oreillons à 6 ans, une rougeole très grave à 7 ans, et une scarlatine à 15 ans. Elle devait subir un redressement pour une protrusion supérieure. Un dentiste consulté décida l'extrac-

tion des deux prémolaires : D[4] et G[4] ; ces deux dents sont examinées au point de vue anatomique ; et en les meulant, pour en faire une coupe, nous constatâmes que D[4] est creusée d'une vacuole immédiatement située sous la couche d'émail, et de dimension égale à celle d'un grain de millet. L'examen poussé plus profondément prouva que la vacuole se trouvait en communication avec une vacuole plus grande et de dimension supérieure, sans toutefois qu'il y ait une communication avec la pulpe. Ces cavités étaient localisées principalement à la face mésiale de cette dent ; elles étaient symétriques pour les deux dents homologues : D[4] et G[4]. Nous pensons que ces lacunes symétriquement placées sont dues à la maladie générale, la rougeole, qui évolua à l'âge de 7 ou 8 ans, époque où se développent les couronnes des prémolaires.

Que penser des espaces de Czermack ? Ne sont-ce pas des lacunes à l'intérieur de l'ivoire ? Ne peut-on les interpréter comme des arrêts de calcification sous l'influence d'une intoxication générale ? Certainement, tout nous porte à l'affirmer ; ils feront l'objet d'une étude ultérieure dans cette Revue.

En résumé, nous vous présentons la scarlatine qui détermine chez notre premier malade une prédisposition à la carie et des *caries symétriques* se développent ainsi sur les dents dyscalcifiées ; ensuite une scarlatine plus aiguë déterminant des *érosions dentaires ;* voici des troubles de nutrition chez une enfant prématurée, qui préparent la *carie de ses dents temporaires ;* vient ensuite une intoxication chimique qui amène l'*atrophie folliculaire totale* des incisives ; voici enfin une rougeole qui laisse à l'intérieur de l'ivoire des *lacunes incalcifiées,* et nous nous demandons si toutes ces lésions : *caries symétriques, érosions de l'émail, carie des dents de lait, lacunes incalcifiées de l'ivoire, espaces de Czermack, atrophie folliculaire totale,* ne sont pas tous de la même famille étiologique, c'est-à-dire dues à une intoxication générale, soit chimique, soit infectieuse ayant troublé le follicule ou les dents, au moment du développement. En concluant par l'affirmative, nous proposons de les appeler : *lésions dentaires systématisées toxiniques* [1], déterminant dans cette double qualification :

a) Leur localisation spéciale toujours identique, à un même groupe dentaire, à un même point de la dent, à une même époque donnée, en rapport avec l'état de développement du système de calcification.

b) Leur étiologie nettement toxinique.

En effet la calcification des dents représente une *évolution systématisée* bien définie avec ses lois propres, aussi bien au point de vue

1. Nous préférons l'adjectif *toxinique* s'appliquant exclusivement aux toxines des maladies. L'adjectif toxique trop général peut qualifier des intoxications chimiques et donner lieu à une erreur.

anatomique que physiologique. Les dents se calcifient à des époques différentes suivant le groupe auquel elles appartiennent ; c'est ainsi qu'on sait que les incisives calcifient leur couronne à l'âge de trois ans, les canines à l'âge de cinq ans, les prémolaires à l'âge de huit ans, les dents de sagesse à l'âge de onze ans, etc.

Qu'une intoxication agisse sur cette évolution systématisée ainsi définie, elle touchera d'une façon élective seulement les dents en cours de dévoloppement. Vient-elle à l'âge de huit ans, les prémolaires seules seront touchées. L'atteinte sera plus ou moins profonde, localisée à un ou plusieurs tissus de la dent suivant la qualité et la durée de la maladie causale. C'est ainsi qu'une maladie aiguë, fébrile, déterminera des érosions de l'émail ou même l'atrophie folliculaire totale alors qu'une maladie chronique n'amènera que des troubles vacuolaires de l'ivoire [1]. Mais si ces lésions dentaires diffèrent par leur qualité et leur quantité, elles se ressemblent par leur localisation sur les mêmes dents et en un même point de ces dents et deviennent de ce fait, systématisées [2].

Nous limiterons notre sujet aujourd'hui *à l'étude* des lésions vacuolaires de l'ivoire et des caries dentaires qui en sont la conséquence souvent fatale.

Nous proposons de les appeler *Caries dentaires systématisées* et nous allons exposer tout d'abord :

1° La symptomatologie et le diagnostic des *caries systématisées ;*

2° La symptomatologie et l'anatomie pathologique des *lacunes de l'ivoire systématisées ;*

3° La pathologie et l'évolution des caries dentaires systématisées.

A) Observations cliniques.

Chapitre Ier. — *Symptomatologie des caries dentaires systématisées.*

. . . .

Des observations qu'il publie l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° **Pour les dents de lait,** la carie des *incisives* est généralement due à une lésion du 8e au 9e mois de la vie intra-utérine accouchement prématuré. La carie des *molaires* et *des canines de lait* se rattache à des lésions évoluant dans la première année de l'enfance ;

---

1. Cause prédisposante générale par imperfection de structure profonde (Frey).

2. De même nous connaissons en pathogénie nerveuse des lésions *systématisées* ; la destruction d'un centre moteur de la région de Rolando n'amène-t-elle pas la dégénérescence de toutes les fibres motrices dépendant de ce centre et de ces fibres seulement ?

2° **Pour les dents permanentes**, il existe une systématisation pour certaines caries, quand les dents en cause ont été troublées dans leur calcification par une maladie générale de l'enfance jusqu'à l'âge de 13 ou 14 ans.

a) La carie des *premières molaires* permanentes correspond à une maladie ayant évolué dans la première année de l'enfance.

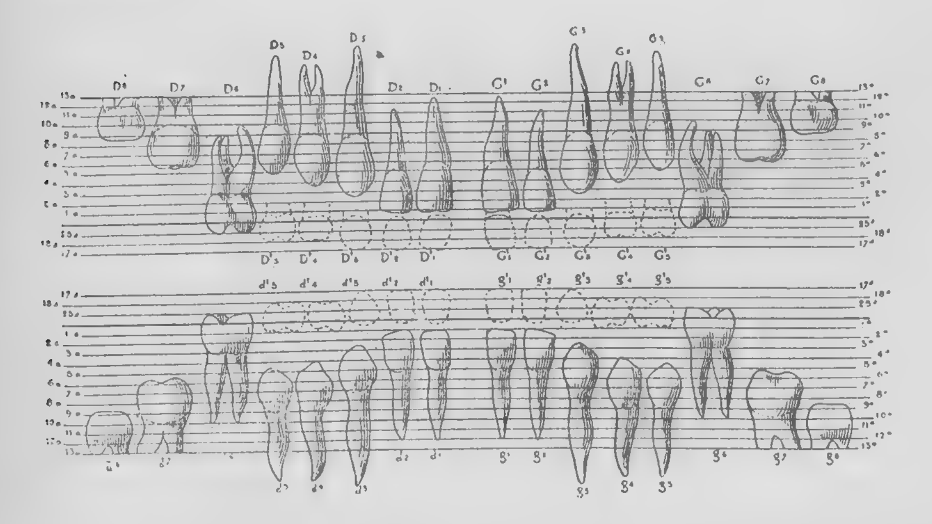
b) La carie des *incisives* correspond à une maladie de la 3e année de l'enfance.

c) La carie des *canines* correspond à une maladie de la 5e année.

d) La carie des *prémolaires* correspond à une maladie de la 7e ou 8e année.

e) La carie des *dents de sagesse* correspond à une maladie de la 11e ou 12e année.

Il est intéressant de constater que les dents atteintes sont surtout celles qui présentent pour la même époque le *développement coronaire maximum*.



En un mot, tracez sur la fiche un trait bleu sur la ligne qui représente la date de la maladie présumée, et vous verrez que les dents prédisposées à la carie; ou cariées sont surtout celles dont la couronne est partagée en deux moitiés égales.

Nous ajouterons que la maladie causale a été d'autant plus longue et plus grave que les dents du même groupe chronologique sont cariées en plus grand nombre (la carie des huit prémolaires indique une affection grave à l'âge huit ans, scarlatine, etc.).

De même la carie des dents inférieures est un indice certain de la gravité de la maladie causale ; ces dents baignant continuellement dans la salive jouissent toujours d'une certaine immunité.

B) Diagnostic.

En présentant les caries dentaires systématisées qui sont, ainsi que nous l'avons décrit, de cause générale, nous ne voulons pas dire qu'il n'y ait pas d'autres caries d'origine générale; mais ces dernières se différencient nettement des *caries systématisées* en ce que la cause générale trouble l'organisme à un âge plus avancé, lorsque la calcification des dents est terminée, c'est-à-dire après l'âge de 14 ans. Les *caries non systématisées* diffèrent également en ce qu'elles frappent les dents pour ainsi dire au hasard, sans localisation spéciale, ni sur un point précis d'une dent, ni sur un groupe dentaire déterminé, car il n'y a ici ni symétrie, ni systématisation.

On dépistera les *caries locales* en examinant avec soin si l'état de la bouche n'est pas particulièrement septique, s'il n'est pas de fissure d'émail, de non contact interdentaire, etc. De même que dans le cas précédent, il n'y a ni symétrie, ni systématisation, ni aucun rapport avec le *système* de calcification des dents.

Chapitre II. — *Anatomie pathologique et pathogénie des lacunes de l'ivoire.*

Notre étude précédente nous a fait connaître deux éléments bien nets dans l'étude des lésions qui nous occupent :

1° Une intoxication ou une maladie infectieuse;

2° Des caries qui apparaissent dans la bouche sur les dents dyscalcifiées par cette cause générale.

Il reste un troisième élément à élucider dans ce problème ; puisque nous savons que la carie est une maladie microbienne locale, à point de départ buccal. Ce troisième élément ne peut être constitué que par des lésions de structure profonde intra-dentaire, affaiblissant les tissus de la dent ; cette dernière devenue pathologique devient plus facilement attaquable et aussi plus perméable aux microbes de la carie.

A. — La dent dyscalcifiée et ses lésions.

1° *Ces lésions peuvent porter sur l'émail.*

Zigsmondy a décrit dans les dents pathologiques des lésions de l'émail dans lesquelles la substance interprismatique est plus abondante et rend les prismes plus espacés les uns des autres; on connaît les érosions dentaires où la lésion frappe surtout les cellules de l'émail.

Géro Rudas [1] a décrit des imperfections de structure de l'émail caractérisées par la présence des cellules adamantines anormales ; ces cellules placées entre deux prismes de l'émail représentent un adamantoblaste dont la sécrétion a été vicieuse et dont la cellule a

1. Géro Rudas, *Revue de Stomatologie*, sept. 1908.

dégénéré ; Géro Rudas explique que cette lésion de l'émail favorise la pénétration des microbes de la carie jusqu'à la dentine. Nous pensons qu'il faut rattacher cette lésion également à une cause toxinique.

2° Elles peuvent porter sur l'ivoire.

a) Capdepont [1] a signalé en effet dans l'érosion dentaire des lésions de l'ivoire sous forme de dentine globuleuse.

b) Theuveny [2] a étudié la vacuole de l'ivoire au cours de l'érosion des dents temporaires.

c) Il existe des espaces interglobulaires à l'intérieur de l'ivoire ; ce sont des portions qui n'ont pas subi la calcification ; on peut les rencontrer dans toute l'étendue de l'ivoire et jusqu'au voisinage de la cavité de la pulpe. En ces points, la substance fondamentale n'est représentée que par sa gangue organique (espaces de Czermack).

d) Enfin, nous-même avons recueilli des observations dans lesquelles des coupes faites à travers la dent nous ont montré qu'il existait fréquemment des espaces incalcifiés de la grosseur d'un grain de millet, quelquefois même d'un grain de chènevis.

Voilà parmi nos observations la plus typique : l'observation clinique en a été donnée page 1, l'examen histologique en a été fait par Dumont [3], chef de laboratoire à l'hôpital de Bicêtre.

Enlevée en vue de redressement à effectuer dans la bouche de la patiente, cette prémolaire supérieure droite (D. 4) ne présentait extérieurement aucune particularité, aucune trace de carie, aucun point de mauvaise calcification ; les tissus en paraissaient absolument sains. Comme toutes les dents qui viennent de former leur apex et dont les tissus ne sont pas encore denses, en raison du jeune âge du sujet, l'émail était d'un blanc bleuâtre assez clair. Après avoir fait dis-

---

1. Capdepont, *L'érosion dentaire*, Steinheil, Paris, 1907.

L'érosion dentaire présente à la fois des troubles de l'émail et de l'ivoire sur la même dent.

La lésion dans l'ivoire est caractérisée par une zone de dentine globuleuse unique. Par contre, on trouve dans l'émail, deux lésions :

a) Une lésion profonde, d'autant plus rapprochée de l'ivoire que la cause morbide a été plus précoce ; elle se trouve le plus souvent entourée par des zones d'émail sain ; cette lésion profonde a la forme d'une calotte hémisphérique.

b) Une lésion superficielle occupant toujours la partie périphérique des cellules de l'émail, et dont les formes ordinaires en sillon n'intéressent que certaines des cellules suivant une zone annulaire.

Ces trois lésions — deux dans l'émail, une dans l'ivoire — coexistent toujours : la cause morbide qui les a produites n'ayant eu forcément qu'une durée limitée, il faut admettre qu'elles se sont formées toutes les trois simultanément.

2. Theuveny, *L'Odontologie*, 15 février 1907.

3. Laboratoire d'histologie dentaire ; hôpital de Bicêtre (Service du Dr Frey).

paraître presque complètement l'émail sur la face mésiale, la meule a mis en évidence d'une façon nette pour être constatée microscopiquement, un manque de calcification laissant un espace vide ; cette lacune incalcifiée a été s'accentuant sous l'usure, puis a disparu sans laisser la moindre trace pour faire place à un des tissus parfaitement sains ; le plus grand diamètre de cette cavité pouvait atteindre celui d'un grain de millet. Avant d'arriver à la chambre pulpaire, a succédé sous la meule, une autre lacune analogue à la première, un peu plus considérable comme volume. A la coupe l'aspect général de l'ivoire autour de ces lacunes rappelait celle d'un nuage ou de taches nettement plus clair que les tissus environnants ; ces taches étaient d'un aspect laiteux ne présentant pas de forme déterminée ni de démarcation précise ; elles s'étendaient environ sur une surface de trois à quatre millimètres carrés, et semblaient correspondre exactement aux perturbations que l'état général a subies pendant les premières années de l'enfance ; l'observation clinique faite après l'étude de cette dent a nettement confirmé ces remarques [1].

Nous ne voulons pas insister davantage sur les lésions anatomiques de la dent lacunaire dyscalcifiée par une maladie générale survenant au moment du développement des follicules ; l'existence de telles lésions ne saurait être liée tant les preuves abondent ; elles sont nécessaires logiquement pour expliquer la production d'une *carie systématisée*.

B. — Pathogénie des lacunes et autres lésions de la dent dyscalcifiée.

Nous connaissons maintenant l'existence des lacunes intra-dentaires ; nous savons qu'elles sont en rapport avec une maladie générale ; il nous reste à déterminer quel est l'élément qui dans cette dernière vient troubler l'odontoblaste au moment de sa fonction physiologique. Est-ce le microbe lui-même ? Est-ce sa toxine ? Sont-ils spécifiques ?

Sur ce chapitre il est encore peu de documents ; mais nous pouvons affirmer d'après nos nombreuses observations que ces lésions lacunaires de l'ivoire qui sont aussi systématisées, sont fonction de deux facteurs :

1° La présence de poisons ou de toxines dans le sang ;

2° Leur pénétration dans l'ivoire par les vaisseaux pulpaires au moment de la calcification de la dent.

Nos observations nous ont fait voir que toutes les infections aiguës ou chroniques peuvent devenir agents actifs de décalcification, et déterminer des espaces lacunaires dans les dents. Par ordre de fré-

---

1. Dumont et de Nevrezé, *Anatomie pathologique des lacunes de l'ivoire*, *L'Homœopathie Française*, avril 1912.

quence nous avons rencontré la scarlatine, la rougeole, la diphtérie, la bronchite tuberculeuse, la gourme, le rhumatisme tuberculeux, l'appendicite, l'ostéomyélite, la grippe, etc...

Nous voyons donc qu'il ne semble pas y avoir de microbes pathogènes spécifiques de la déminéralisation dentaire ; d'autre part, l'étude de la pathologie générale nous montre que la dyscalcification des os (scoliose, rachitisme) est essentiellement due à l'action des toxines microbiennes sur les cellules osseuses (ostéoblastes). Il en est de même pour les dents ; cette action des toxines sur l'ivoire est indéniable. Déjà elle a été bien mise en valeur par Capdepont dans son remarquable ouvrage sur la pathogénie et l'étiologie de l'érosion dentaire, où il a montré que toutes les infections ou intoxications aiguës peuvent amener des lésions de dentine globuleuse et des érosions de l'émail.

Nous retrouvons cette action toxinique dans l'histoire de toutes les lésions de l'ivoire qui ont pour cause les maladies générales infectieuses ; nous connaissons le rôle que joue la syphilis héréditaire dans la formation des zones lacunaires de Theuveny, dans l'érosion des dents temporaires et l'action des maladies chroniques et aiguës dans la production de nos lacunes symétriques de l'ivoire. Cette action de dyscalcification est d'autant plus profonde que la toxine aborde la dent à une époque plus jeune, alors les espaces interglobulaires se trouvent plus proches de la périphérie de la dentine, ils seront plus larges à cause de l'excessive sensibilité des tissus jeunes à l'action des toxines.

En résumé : ce sont toujours les toxines des maladies qui sont les agents décalcificateurs : *une toxine déminéralise toujours, quel que soit le microbe qui lui a donné naissance, d'autant plus profondément qu'elle demeure plus longtemps dans l'organisme et que cet organisme est plus jeune.*

Ainsi donc pour définir ce que nous entendons par carie systématisée sur une prémolaire par exemple, il faut la présence de trois éléments bien nets :

1° Une maladie générale, intoxication ou infection, survenant à l'âge de 8 ou 9 ans, et qui vient troubler les follicules des prémolaires au moment de leur calcification ;

2° La présence déterminée de lésions anatomiques soit de l'émail, soit surtout de l'ivoire (Dentine globuleuse, espaces de Czermack, vacuole intra-dentinaire) ;

3° La pénétration des microbes de la carie à travers l'émail mal calcifiée et y accomplissant leur travail de destruction.

La solution du problème n'est pas encore complète ; car les dents mal calcifiées ne sont pas fatalement condamnées à la carie, puisque, dans bien des cas, nous savons par expérience que les lacunes de

l'ivoire ne sont que des trouvailles de laboratoire. Il faut donc un élément de plus, une quatrième condition pour que des caries apparaissent, c'est la *présence des toxines décalcifiantes* dans le sang qui les apportent au niveau des vaisseaux pulpaires, véritables vaisseaux nourriciers de la dent. Dès lors, les toxines vont troubler gravement la sécrétion des odontoblastes. Cette imprégnation calcaire des odontoblastes est-elle arrêtée ? C'est probable ! Mais cela n'expliquerait pas encore la perte des matériaux calcaires déjà sécrétés (Phosphaturie, constipation). Nous pensons que toutes les ressources en calcaire sont exploitées par l'organisme soit pour parer aux besoins de la croissance, soit pour limiter les lésions presque toujours tuberculeuses, et que l'ivoire des dents en restitue à la circulation générale au même titre que les os. Il y a d'une part arrêt de la sécrétion ou plutôt de l'imprégnation et d'autre part expulsion des sels calcaires déjà déposés le long des canalicules.

La présence de ces toxines dans le sang nous explique l'évolution particulièrement rapide des caries systématisées, en même temps que leur gravité :

a) La dent d'abord est affaiblie dès son développement par ses lacunes à l'intérieur de l'ivoire.

b) Puis elle est minée par les toxines sanguines qui entraînent ses sels calcaires et la déminéralisent davantage.

c) Enfin à l'extérieur la virulence des microbes augmente en même temps que leur attaque est plus active, et la dent ainsi prise entre deux feux subit la carie sans pouvoir se défendre si bien que ces microbes traversent l'émail, pénètrent dans l'ivoire, sans rencontrer de résistance, ils sont à la pulpe que le malade n'a pas eu le temps de sentir la douleur. La dent se désagrège, ses parois s'effondrent, véritable consomption rapide : *phtisie dentaire* de Frey, qui fait des édentés à vingt ans.

Conclusions.

Les caries dentaires systématisées toxiniques sont des caries de causes générales infantiles.

Elles sont le résultat d'une succession de lésions qui évoluent suivant deux périodes bien distinctes :

1° Dans une première période les toxines sanguines jouent le rôle principal *(Période toxinique)*.

a) Ce sont les toxi-infections qui jusqu'à l'âge de 14 ans dyscalcifient la dent, déterminant des lésions symétriques lacunaires, vacuolaires en plein ivoire (*Première phase toxinique)*. Ces lacunes sont en rapport fixe et défini avec le système de calcification au point de vue chronologique et topographique *d'où leur systématisation et celle des caries.*

b) La dent lacunaire peut vivre ainsi longtemps intacte en apparence si les toxines décalcifiantes sont éliminées hors de l'organisme *(Phase indifférente).*

c) Mais le plus souvent ces toxines fixées en un point de l'organisme se déversent dans le milieu péricellulaire et dans le sang ; elles arrêtent d'abord les fonctions sécrétantes des odontoblastes puis entraînent les matériaux calcaires déjà sécrétés, tout cela après avoir « vacuolé » la dent *(Deuxième phase toxinique).*

2° Dans une seconde période ce sont les microbes saprophytes buccaux qui terminent l'évolution *(Période parasitaire).*

Ces microbes, nouvelle cause infectieuse, trouvent dans la dent ainsi déminéralisée une proie facile et la détruisent.

La Pathogénie toxinique *de la carie dentaire, maladie générale*, s'éclaire d'un jour nouveau plus conforme avec les données de la pathologie générale : les microbes agissent moins par eux-mêmes que par leurs toxines qui imprègnent tout l'organisme, en l'empoisonnant.

Dès lors la carie générale systématisée peut être définie : une maladie des tissus durs de la dent dont la pathogénie reconnaît trois phases distinctes :

1° Une première phase interne, sanguine, *toxinique* est d'abord dyscalcifiante (formation de lacunes de l'ivoire) ;

2° Une seconde phase interne *toxinique* déminéralisante (expulsion des sels calcaires) à évolution centrifuge et lente ;

3° La troisième phase externe, buccale, *parasitaire* est destructive ; son évolution est centripète, précoce, rapide : cette carie générale *systématisée* est le type de la carie des enfants et des adolescents.

(*L'Homœopathie française*, février 1912.)

LE RÉTRÉCISSEMENT DU REVÊTEMENT

Par C.-J. Clark (de Chicago).

L'instabilité du revêtement employé pour confectionner le moule dans lequel est pressé le métal coulé a été considérée comme le premier élément jouant un rôle dans les échecs obtenus en coulant l'or sous pression. On lui adresse les reproches suivants :

1° La porosité de l'investissement est cause que la pression enveloppe le métal coulé dans le moule, ce qui amène une déformation et augmente le rétrécissement du métal ;

2° L'investissement n'a pas une intégrité suffisante pour résister au contact du métal fondu quand on exerce une pression considérable pour faire pénétrer le métal dans le moule ;

3° L'investissement se rétrécit, ce qui amène la déformation du moule.

Porosité. — La porosité ne peut être considérée comme un inconvénient que dans les cas où la force employée pour refouler le métal dans le moule est un gaz et où la pièce a de grandes dimensions, la pression ne se bornant pas à exercer son action sur le métal dans le creuset, mais pouvant pénétrer l'investissement en raison de sa porosité, envelopper et attaquer le métal sur toutes ses faces, ce qui cause une compression dans divers sens et doit exercer une influence funeste sur le produit final.

Avant le coulage le moule contient de l'air, et quand le métal est pressé dans le moule, il doit déplacer cet air et le chasser dans l'investissement poreux, où il rencontre et présente de l'opposition et empêche la libre expulsion de l'air du moule, retardant ainsi l'entrée du métal dans ce dernier.

Intégrité. — Malgré l'extrême fluidité du métal fondu, il n'y a aucun danger de ce côté, car il est dans un tel état qu'il ne peut agir aucunement sur les parois, les angles et les anfractuosités du modèle; il n'en serait pas ainsi s'il était dans un état plus cohérent. Mais le contraire est vrai, et, à moins d'exercer une force considérable, on ne peut désagréger le moule.

Rétrécissement. — Considérons une barre de fer de 90 centimètres de long et de 27 cent. de large et d'une densité égale partout. A une chaleur déterminée elle se dilatera de 3 millimètres dans chaque sens de sa ligne moyenne d'expansion linéaire et de 1 millimètre dans chaque sens de sa ligne moyenne d'expansion latérale. Les dimensions seront alors de 90 + 0,3 + 0,3 = 90,6 + 27 + 0,1 + 0,1 = 27,2 ou 90,6 + 27,2. Supposons maintenant que cette barre soit courbée en forme d'un anneau dont la circonférence intérieure serait de 90 cent. avec un diamètre approximatif de 27 cent. Peu importe la dimension de la circonférence extérieure. A la même température que la barre, tandis que la dimension de la circonférence extérieure augmente, celle de la circonférence intérieure ne change pas. L'augmentation simultanée de la dimension extérieure et de la dimension intérieure des deux circonférences, sans tenir compte de l'expansion latérale de l'anneau, donne un anneau dont la circonférence intérieure est de 90,6 avec un diamètre de 27,2. Mais les dimensions latérales de l'anneau sont augmentées par l'expansion de l'extension de 1 millimètre dans chaque sens de la ligne moyenne d'expansion latérale, ce qui augmente la dimension latérale de l'anneau vers le centre de la circonférence intérieure et diminue la dimension du diamètre de 1 millimètre en tout point de la circonférence intérieure de l'anneau ou 27,2 — 0,2 = 27 c., la diminution de 0,2 dans la dimension du diamètre due à l'expansion latérale compensant les 0 c. 2

gagnés par l'augmentation de o c. 6 de la circonférence. Par conséquent le diamètre de la circonférence intérieure mesurera 27 millimètres, c'est-à-dire sera égal au diamètre d'avant l'expansion. Ainsi, quand la mesure latérale d'un anneau de fer égale le diamètre de la circonférence intérieure de l'anneau, s'il y a expansion ou contraction, la dimension du diamètre de la circonférence intérieure ne change pas. Supposons un anneau A dont la circonférence a les dimensions d'un anneau B, mais dont la circonférence intérieure est excentrique à la circonférence extérieure de l'anneau B. Les dimensions latérales de l'anneau n'étant plus uniformes, s'il y a expansion, il variera proportionnellement au changement de la dimension latérale. Ainsi quand la dimension latérale mesure o m. 58, l'expansion est de 2 millimètres dans chaque sens à partir de la ligne moyenne d'expansion, ou une expansion de 2 millimètres vers le centre de la circonférence intérieure, ce qui amènerait une diminution de son diamètre de 2 millimètres à ce point, et quand les dimensions latérales sont de 15 cent., l'expansion produit une augmentation de 1 millimètre dans chaque sens à partir de cette ligne moyenne, avec une diminution correspondante du diamètre de la circonférence intérieure à ce point. Par conséquent, l'expansion latérale serait inégale dans tout l'anneau, avec la même inégalité sur la circonférence intérieure de l'anneau. Par conséquent la circonférence intérieure ne resterait pas un cercle parfait et la circonférence extérieure serait déformée.

Or, les lois qui régissent l'expansion d'un anneau de fer sont applicables aux contractions et à toute matière sujette à la dilatation ou à la contraction : par exemple une matière d'investissement, qui a une tendance à se rétrécir sous une très forte chaleur. Supposons que nous voulions couler une boule parfaite ; si le modèle de cire est entouré par un investissement de consistance égale maintenu par un moufle en forme de globe, et si l'épaisseur de l'investissement égale le diamètre du modèle de cire, s'il y a dilatation ou rétrécissement, les dimensions du moule ne changeront pas.

Supposons que nous voulions couler une boule parfaite, mais que le modèle soit excentrique à la surface externe de l'investissement, de telle sorte que celui-ci soit d'une épaisseur variable; s'il y a expansion ou contraction, elle serait inégale dans ses proportions, car les dimensions latérales sont inégales et l'effet serait marqué sur les parois, les angles et les replis du moule, et le moule déformé.

Supposons maintenant que nous voulions couler une boule parfaite, mais dans un moufle dentaire. Si le modèle de cire est attaché au fil métallique et monté sur le creuset, et si le modèle est enchâssé par un investissement d'épaisseur uniforme, égale au diamètre du modèle, et si après la cristallisation on place le moufle au-dessus et l'on remplit complètement celui-ci de matière à investir en cas de rétrac-

tion pendant l'opération de bouchage du modèle ou de fusion de l'or dans le creuset, cette rétraction n'aurait aucun effet nuisible sur le modèle. En effet la continuité entre la première et la seconde couche d'investissement est rompue et s'il y a rétraction dans la seconde couche (d'épaisseur inégale) l'effet de la rétraction sur la masse serait inégal ; mais la continuité entre les deux couches étant rompue, la seconde se séparerait de la première, sans la déformer et la masse comprenant la première couche se rétracterait par suite. Cette masse étant d'épaisseur uniforme et égale comme dimension au diamètre du modèle, s'il y avait rétraction, la forme du moule ne changerait pas.

Par conséquent pendant l'investissement d'un modèle pour la confection d'une matrice ou d'un moule en vue du coulage d'or ou d'un métal sous pression, si le modèle est encapsulé par une couche d'investissement d'épaisseur uniforme et égale à l'épaisseur du modèle, si l'on laisse cristalliser, puis si l'on entoure du moufle et l'on enveloppe dans une seconde couche d'investissement, il y a impossibilité de déformer le moufle, s'il se produit une rétraction de l'investissement.

(*Dental Summary*, janv. 1911.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 6 février 1912.

Présidence de M. Heidé

La séance est ouverte à 9 h. 1/2.

I. — Correspondance.

Le secrétaire général communique des lettres d'excuses de MM. Frey et Mendel-Joseph, malades, et de M. Godon qui est en voyage.

II. — Les points fondamentaux de l'orthopédie dentaire en matière d'enseignement par M. Herbst, de Brême.

M. Herbst fait la communication, accompagnée de très nombreuses projections, que nous avons publiée dans nos numéros des 15 et 30 mars dernier.

Le président adresse des remerciements et des félicitations à l'auteur.

La séance est levée à minuit un quart.

Le secrétaire général,
R. Lemière.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 24 avril 1912.

M. Pigot rapporte l'observation d'*accidents causés par une dent de sagesse inférieure gauche incluse.* Il s'agit d'un homme de 59 ans atteint de diabète et de pyorrhée alvéolaire qui pendant plusieurs années présenta des symptômes graves, des abcès à répétition avec fistules jugales sans que le diagnostic fût fait. Au bout de 4 ans, grâce à la radiographie, la dent de sagesse incluse fut découverte, extraite non sans difficulté avec accidents infectieux graves consécutifs et la guérison complète ne fut plus qu'une question de temps.

M. Franchette vient parler de *l'élévateur* et exposer ses derniers travaux sur cet instrument qu'il affectionne particulièrement et dont il se sert avec grande compétence. L'élévateur doit-il justifier son nom ? c'est un levier du premier genre qui doit agir dans le sens de

l'élévation et c'est tout. M. Franchette présente à la société sa dernière série d'instruments dans laquelle le manche est réduit au minimum.

M. Bennejeant fait une communication très intéressante sur les *bronzes d'aluminium.* Les bronzes d'aluminium ont été utilisés en prothèse pour concurrencer les alliages d'or dans la confection des pièces métalliques et des crochets. Les résultats obtenus jusqu'ici n'ont pas été des plus favorables et leur emploi n'a eu pour cause que la modicité du prix de revient. M. Bennejeant analyse les causes de cet échec et indique les défauts qu'offrent ces alliages.

Après avoir donné la courbe de fusibilité des alliages binaires Cu. Al., il montre qu'il existe deux sortes d'alliages ayant de fortes teneurs en cuivre et que leur résistance mécanique varie avec le pourcentage de l'alliage considéré ; les uns à concentration en Al. variant de 4 à 7,5 o/o sont très ductiles, les autres de 7,5 à 12 o/o sont très tenaces et susceptibles d'être trempés au-dessus de 500° en devenant plus tenaces encore.

Le retrait à la coulée mesuré par la contraction linéaire est assez élevé pour que leur emploi dans la coulée de pièces de précision (inlays) soit impossible. Leur résistance chimique en bouche est assez défectueuse ; le composé Cu^3. Al. est attaqué par l'anhydride carbonique humide ; ils sont très sensibles à l'action de l'acide sulfhydrique et des acides organiques ; le produit d'altération consiste surtout en sulfure de cuivre qui s'oxyde en donnant le sulfate soluble ; ceci explique l'apparence de propreté qu'ont ces alliages en bouche. Les essais de vulcanisation montrent que le caoutchouc ne cuit pas à leur contact.

Les bronzes d'aluminium complexes doivent satisfaire aux deux obligations suivantes pour arriver dans l'avenir à se substituer aux alliages d'or actuellement employés : 1° augmenter la résistance chimique ; 2° permettre la vulcanisation. Les essais faits dans cette voie n'ont pas encore donné beaucoup de résultats. Le Victoria, alliage ternaire de Cu. Al. Sn., permet la vulcanisation, mais il résulte des chiffres fournis par M. Bennejeant qu'il a perdu en grande partie les propriétés mécaniques intéressantes des bronzes d'aluminium. D'autre part, les alliages Cu. Al. Sn. et les alliages complexes ayant reçu le nom de métal Delta résistent très mal au point de vue chimique. La conclusion est que la question n'est pas encore suffisamment au point pour que l'on puisse employer ces alliages à la place des alliages d'or et de platine que l'on emploie actuellement.

P. V.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

A PROPOS DE LA « RÉPONSE A M. CRUET »

Faite par M. G. Mesureur,
Directeur de l'Assistance publique [1].

Nous recevons de M. Cruet la lettre ci-dessous. Nous aurions bien voulu nous rendre au désir qu'il exprime en publiant, comme nous l'avait déjà demandé M. G. Mesureur, son article de la Revue de Stomatologie *en même temps que la réponse du Directeur de l'Assistance publique insérée dans notre numéro du 15 avril dernier ; mais les termes mêmes de cet article ne nous l'ont pas permis.*

Du reste ceux de nos lecteurs que cela intéresse ont pu le lire dans ladite Revue *et se rendre compte si nous avons eu tort de qualifier cet article comme nous l'avons fait. A lui seul le passage, d'un goût si fin, où l'auteur a cru devoir reprocher au Directeur de l'Assistance publique les 20 francs qu'il avait remis au Comité électoral soutenant la candidature de M. Mesureur aux élections législatives ne justifie-t-il pas notre appréciation ?*

29 avril 1912.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Je lis avec étonnement dans votre Journal : *L'Odontologie*, 15 avril — sous le titre chronique professionnelle: *Une réponse à M. Cruet*, par M. Mesureur. Il m'importe peu que cette réponse paraisse, puisque je la publierai moi-même dans le prochain numéro de la *Revue de Stomatologie*. Mais ce qui m'importe, c'est que cette réponse paraisse dans un Journal que n'a pas publié la contre-partie, ou, si vous voulez, l'attaque.

C'est là un procédé que je ne veux pas qualifier, mais inhabituel, dans la presse, et c'est tout ce que je veux dire pour le moment. Je vous mets d'ailleurs au défi de justifier la note de renvoi que vous insérez de votre propre mouvement et qui prétend que je prends M. Mesureur à partie dans des termes inconvenants. Mais passons : je vous prie et, au besoin, je vous requiers de publier dans votre prochain numéro le texte de l'article publié par moi dans la *Revue de Stomatologie* du 15 mars — et qui a pour titre *une condamnation* — auquel répond la lettre de M. Mesureur.

Vous avez des lecteurs vraiment bien informés !

Veuillez agréer, monsieur le Rédacteur en chef, l'assurance de ma considération distinguée.

Cruet.

---

1. V. *L'Odontologie* du 15 avril 1912, p. 324.

JUBILÉ DU PROFESSEUR DIECK, DE BERLIN

20 *avril* 1912.

A l'occasion de son 25e anniversaire comme praticien, les amis du professeur Dieck (un des trois directeurs de l'Institut dentaire de Berlin) ont organisé un banquet qui, tout de suite a pris les proportions d'un mouvement de sympathie universelle. En effet la plupart des grandes sociétés d'Europe ont tenu à s'associer à cette manifestation et c'est au milieu d'une affluence de confrères que le jubilaire a pris place. Parmi eux étaient présents les délégués pour les pays suivants :

L'Autriche : M. Weiser, de Vienne.

La France, la Belgique et l'Espagne : M. Hirschfeld, de Paris.

La Hollande : M. Grevers, d'Utrecht.

L'Italie : M. Mamlok.

Les autres convives comprenaient les notabilités de Berlin et de plusieurs autres villes d'Allemagne, comme MM. Schäffer-Stuckert, de Francfort, Pflüger, de Hambourg; le représentant de la France, fut placé d'un côté du jubilaire tandis que l'autre fut occupé par un titulaire de la plaque de grand officier de la Légion d'honneur, le conseiller intime Lingner, de Dresde (décoré de cette distinction rare en reconnaissance de la superbe exposition d'hygiène de Dresde de 1911, dont la partie intitulée : *L'homme,* restera une des plus grandes merveilles dans l'histoire de la science pratique).

Le professeur Hahl, de Berlin, son collaborateur depuis de longues années à l'Institut dentaire, a été désigné pour célébrer le mérite du jubilaire. Il s'est acquitté de sa tâche d'autant plus aisément qu'il a appuyé dans son discours sur ses qualités privées.

Le délégué de la Société d'Odontologie lui a succédé. Après avoir donné lecture (au milieu d'applaudissements répétés) de la lettre officielle du bureau conférant le titre de membre honoraire de la Société, il a prononcé une petite allocution pour dire que la France — Nation noble et juste — s'est toujours efforcée de reconnaître le mérite de tous ceux dont la renommée a franchi la limite de leur pays natal. L'orateur a terminé en assurant M. Dieck qu'il serait reçu chez nous avec des honneurs auxquels n'ont droit que les véritables élus et a prié les convives de s'unir à lui pour une triple acclamation au nom de Paris scientifique qui ce soir dans un geste de vraie amitié professionnelle lui tendait la main.

La fin de cette allocution a déchaîné un véritable enthousiasme qui plus que tout a démontré l'estime et la sympathie dont tout ce qui vient de Paris est tenu en Allemagne.

M. Lingner a pris la parole comme représentant du roi de Saxe

pour transmettre au nom de S. M. la croix de Saint-Albert au jubilaire. Cette haute distinction a été saluée par les applaudissements unanimes de l'assistance.

M. Weiser, de Vienne, présente au jubilaire les félicitations officielles des deux grandes sociétés autrichiennes, tout en célébrant en M. Dieck un collègue sûr et dévoué.

M. Grevers lui succède pour parler au nom de la Hollande. Cet orateur, qui n'est pas un inconnu pour nous, s'excuse tout d'abord pour son manque d'éloquence en langue allemande, mais a su nous charmer néanmoins par son humour. Quand il termine en conférant au jubilaire le titre de membre honoraire de la Hollande, toute l'assistance approuve cette marque d'estime.

M. Hirschfeld prend de nouveau la parole au nom de la Belgique et donne lecture d'une lettre de la Fédération dentaire nationale belge félicitant M. Dieck et le nommant membre honoraire. L'orateur a serré la main du héros de la fête au nom du président de la Fédération, M. E. Rosenthal, de Bruxelles.

M. Aguilar, de Madrid, ayant été empêché de venir en personne avait chargé égalemant M. Hirschfeld de représenter l'Espagne. En cette qualité le délégué a lu une longue dépêche de félicitations de M. Aguilar conférant au jubilaire le titre de membre honoraire de la grande Société espagnole.

Après toutes ces marques d'estime M. Mamlok, organisateur de la fête avec M. Suessen, prend la parole pour lire une dépêche de M. Guerini, de Naples, nommant M. Dieck membre honoraire de la Société italienne. Il donne en même temps lecture d'une lettre de félicitations de M. Jenkins que sa santé un peu éprouvée a empêché d'être présent à la fête. Ce message a été reçu avec un véritable enthousiasme.

M. Zimmermann, le vétéran du Central Verein allemand, parle au nom de cette société et considère M. Dieck comme l'homme qui, par son énergie, par son travail est un pionnier déblayant de toutes les plantes parasites la route à suivre. Son discours humoristique a été particulièrement goûté.

M. Bursche parle au nom du Vereinsbund (groupement des sociétés allemandes) dont il est président.

M. Schäffer-Stuckert, de Francfort, a porté un toast en l'honneur de Mme Dieck.

M. Dieck vient enfin nous remercier de cette manifestation grandiose. Dieck est avant tout un modeste et déjà pour cela un sympathique. Il ne veut considérer cette fête qu'au point de vue professionnel, en laissant sa personnalité hors de question. Pour lui la participation des nations étrangères pour laquelle il nous présente ses sincères remerciements, est la conséquence de l'union professionnelle

qui se fait de plus en plus entre les nations. Avec nos moyens modernes de communications il n'y a plus de frontières, il n'y a plus qu'une grande famille professionnelle qui doit s'unir étroitement pour devenir une véritable force. Aux confrères allemands, M. Dieck dit qu'il faut avant tout de l'harmonie, de l'indulgence mutuelle, de la confraternité désintéressée pour la prospérité de la profession.

Le discours du jubilaire a été chaleureusement applaudi.

M. Mamlok finalement se lève pour donner les noms des sociétés et personnalités ayant manifesté leur adhésion à cette cérémonie (près de 300 télégrammes de félicitations ont été adressés à M. Dieck) ; bien des noms ont été salués par des marques de sympathie comme par exemple la dépêche de M. Godon, au nom de l'Ecole dentaire de Paris.

La soirée se termine par l'audition d'un confrère chansonnier M. Lœvenberg qui a déchaîné le fou rire avec ses couplets satiriques fouettant les défauts des dentistes vantards ou trop roublards.

Qu'il soit permis au délégué de la Société d'Odontologie de présenter à notre Société, avec ce compte rendu rapide, les chaleureux remerciements de M. Dieck, qui a été particulièrement touché par cette marque d'estime venant de Paris.

W. HIRSCHFELD.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

Commission d'hygiène (H. C. F. D. I.)

Procès-verbal de la réunion du bureau tenue à Berlin le 9 avril 1912.

Présents : MM. Christensen (Copenhague), Jessen (Strasbourg), Lenhardtson (Stockholm), Ling (Stockholm), Schäffer-Stuckert (Francfort-sur-le-Main), Steffen (Cuxhaven).

Ordre du jour.

1° Programme de la réunion de 1912 à Stockholm ;

2° Procès-verbal de la H. C. F. D. I. à soumettre à la réunion de Stockholm ;

3° Compte rendu sténographique de la réunion de Stockholm pour les *Archives internationales* ;

4° Discussion du rôle immédiat de la H. C. F. D. I. ;

5° Encouragements à demander aux protecteurs ;

6° Statuts de la H. C. F. D. I., d'après le projet publié dans le fascicule III des *Archives*.

Le président, M. Jessen, commence par saluer les membres présents.

M. Lenhardtson fait connaître que la session de la F. D. I. de 1912, fixée à Stockholm par la session de Londres, aura lieu les 28 et 29 août. Immédiatement après se tiendra la réunion de la *Société dentaire suédoise* et de la *Fédération des chirurgiens-dentistes suédois*, les 30 et 31 août.

Programme provisoire : 27 août soir. Réception.

28 et 29 août. Session de la F. D. I. dans la *Svenska Läkase Sällskapet Hus* (Maison des médecins suédois), 10 Klara Norra Kyrkogatan.

28 août, après-midi, garden-party offerte par S. M. le roi de Suède, protecteur de la Commission d'hygiène publique, aux membres de la F. D. I.

28 août, soir, banquet de la F. D. I.

29 août, réception de la F. D. I. par M. Elof Förberg.

30 août, réunion de la section scientifique des deux sociétés dentaires suédoises.

31 août, réunion de la section d'intérêts professionnels des deux sociétés dentaires suédoises.

30 août, soir, banquet officiel de ces deux sociétés.

28 août, matin, séance d'ouverture de la F. D. I. :

1° Discours d'ouverture du président de la F. D. I., M. Paterson.

2° Souhaits de bienvenue par les dentistes suédois aux membres de la F. D. I.

3° Discours du Ministre des Cultes et du Ministre de l'Intérieur de Suède.

4° Allocution des délégués des divers pays.

Séances des Commissions à partir de 11 heures du matin.

A 1 heure, déjeuner dans la Maison des médecins suédois.

Après-midi, séances des Commissions.

29 août, matin, séances des Commissions jusqu'à 11 heures ; puis séance du Conseil exécutif.

Après-midi, séance de clôture de la F. D. I. et rapports de toutes les Commissions ; adoption des résolutions.

Propositions de la H. C. pour la session de la F. D. I.

I. Le Conseil exécutif de la F. D. I. est complété par les présidents et les secrétaires des Commissions.

Motifs. La F. D. I. se compose du Conseil exécutif, de diverses Commissions et de membres individuels. Seuls, les membres du Conseil exécutif ont voix délibérative. Il semble nécessaire, en vue du progrès, que dans tous les débats de la F. D. I., surtout quand ils intéressent les Commissions, les membres des bureaux de celles-ci soient admis et aient droit de vote.

a) Les membres des Comités nationaux fixés statutairement d'après le nombre sont en même temps membres du Conseil exécutif.

b) Ces membres sont invités à nommer leurs Comités nationaux, agrandis ad libitum, pour la préparation du Congrès international de Londres (1914).

II. Pour étendre l'action de la F. D. I., la H. C. propose de publier les comptes rendus annuels de la F. D. I. dans les *Archives internationales d'hygiène buccale* dans les langues de la F. D. I. et de devenir ainsi l'organe officiel de la F. D. I. Des tirages à part seront, en cas de besoin, mis à la disposition des Comités nationaux dans leur langue nationale. Les frais seraient supportés par la F. D. I.

Sont proposés comme membres d'honneur de la F. D. I. : MM. le Prof. Kirchner (Berlin), directeur dans un Ministère ; Dr Paul Ritter, chirurgien-dentiste, conseiller municipal (Berlin) ; Elof Förberg, dentiste de la cour (Stockholm).

Comme membre du bureau de la F.D.I.: S.E. M. Lingner (Dresde).

Comme membre du Comité national danois : M. Viggo Randböll, médecin militaire, Admiralgade 15 (Copenhague).

Les membres de la F.D.I. sont priés d'organiser des comités nationaux dans les pays où la H.C. n'en compte pas encore. Sont proposés :

Pour la République-Argentine : M. Etchepareborda, Casilla 1195, Buenos-Ayres ; pour Cuba : M. le Dr Weiss, Calle Industria 99, La

Havane ; pour le Japon : M. le Dr Seimaro-Shimura, 11 Kami-makicho-Nihonbashiku, Tokio ; pour les Philippines : Dr Louis Ottofy, 64 Escolta, Manille.

Pour la séance de la H. C. F. D. I. à Stockholm, sont annoncées les communications suivantes :

1° Horace Fletcher, New-York, président de l'Association d'hygiène buccale américaine : « Comment on doit apprécier la science dentaire et la profession dentaire ».

2° Carl Christensen, Copenhague : « Projet d'inspection systématique et régulière des enfants des écoles supérieures par des dentistes particuliers ».

3° Dr Gabriel Wolf, Vienne, secrétaire général de la Société autrichienne d'hygiène scolaire : « Hygiène dentaire scolaire en Autriche ».

4° Steffen, Cuxhaven : « Hygiène dentaire militaire ».

Ces communications ne doivent pas durer plus d'un quart d'heure, car le temps dont on dispose est très limité. Pour l'impression dans les *Archives* les auteurs n'ont pas à s'imposer de limites.

II. — M. Jessen propose de préparer à l'avance le compte rendu dans ses grandes lignes et de n'y ajouter, à Stockholm, que les modifications apportées après coup, afin que les comptes rendus des Commissions soient présentés dans la séance de clôture et que les résolutions puissent être adoptées.

III. — Il est souhaité qu'un sténographe puisse prendre les débats en allemand, en anglais et en français ; M. Mandon, de Paris, est proposé dans ce but, ou bien un sténographe de Stockholm.

N° 4. Ce point est retiré de l'ordre du jour et doit être discuté avec le n° 6. (Statuts).

N° 5. M. Lenhardtson propose de renoncer à faire des propositions quelconques à cet égard.

M. Christensen propose de laisser aux Comités nationaux le soin de se mettre en rapports avec leurs protecteurs verbalement, car les documents écrits ne parviennent pas toujours au protecteur. Il est donc décidé d'adresser une circulaire aux Comités nationaux pour leur demander de solliciter une audience de leurs protecteurs.

N° 6. Une vive discussion s'engage sur le point de savoir si, d'après la décision de Londres aux termes de laquelle le nom H. C. F. D. I. ne doit pas être employé pour la vente des brosses à dents, la H. C. F. D. I. peut continuer à porter ce nom ou seulement le nom de *Commission internationale d'hygiène buccale publique* (I. H. C.).

Il est décidé de laisser la H. C. F. D. I. comme telle ; mais pour la vente de la brosse à dents il sera formé une Commission spéciale portant le nom I. H. C. A cet égard il est ajouté un supplément spécial au projet de statuts de la H. C. F. D. I. modifié dans ce sens.

NÉCROLOGIE

Henri Brisson.

L'Ecole dentaire de Paris ne peut laisser disparaître l'éminent président de la Chambre des députés sans adresser à sa mémoire un suprême adieu.

Très lié avec M. Lecaudey, un des fondateurs de l'Ecole dentaire de Paris, il s'était vivement intéressé à notre institution, avait présidé par deux fois ses séances de réouverture des cours et de distribution des récompenses (1889 et 1898) et lui avait donné dans d'autres circonstances de précieux témoignages de sympathie, notamment en 1894 lors de la discussion des crédits pour la création d'un enseignement dentaire d'Etat et lors des deux demandes de subvention sur les fonds du pari mutuel formées par notre institution. Il était membre de son Comité de patronage. Il avait présidé plusieurs fois les banquets de l'Association générale des dentistes de France.

On relit avec plaisir les discours pleins d'éloquence vibrante prononcés lors de ces séances de réouverture, dans lesquels il se plaisait à louer l'initiative des fondateurs de l'Ecole dentaire, à encourager leur œuvre, à les assurer de son intérêt et de son appui et à leur dire « qu'une école qui compte autant d'élèves studieux, qui a déjà produit tant de praticiens, une clinique qui soigne gratuitement 25.000 personnes par an méritent la sympathie et l'attention de tous ».

Tous ceux qui ont suivi de près l'histoire de cette institution se rappellent ces paroles avec émotion.

Jamais l'Ecole n'a fait appel en vain à son intervention quand il s'est agi de la défense d'intérêts légitimes.

L'Ecole dentaire de Paris perd en Henri Brisson un protecteur précieux ; mais elle conservera son souvenir avec reconnaissance et son nom demeurera gravé dans le livre d'or de ses bienfaiteurs.

MM. Godon et G. Viau représentaient l'Ecole à ses obsèques.

Henri Bayer.

Nous apprenons avec un vif regret la mort de notre jeune confrère M. Jules-Henri Bayer, membre de l'A. G. S. D. F., D. E. D. P., ex-démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, fils de notre confrère de Paris.

Il est décédé à Baume-les-Dames le 23 avril, à l'âge de 25 ans, et ses obsèques ont eu lieu à Paris le 26 avril.

L'Association avait envoyé une couronne. MM. Blatter, G. Villain et plusieurs membres du corps enseignant y représentaient l'Ecole.

Nous adressons nos vives condoléances à M. P. Bayer son père, à toute sa famille et à l'Association.

NOUVELLES

Ecole dentaire de Paris.

Le Conseil d'administration a décidé, dans sa séance du 14 mai, l'ouverture d'un concours pour un poste de professeur suppléant d'anatomie dentaire.

Exposition internationale d'hygiène sociale.

L'ouverture de la section française industrielle de cette exposition, qui est placée sous le patronage de la reine d'Italie, a eu lieu le 15 avril, à 5 heures de l'après-midi, en présence de l'ambassadeur de France, M. Barrère.

Société des dentistes américains d'Europe.

La Société des dentistes américains d'Europe vient de tenir à Bruxelles son trente-neuvième Congrès. Treize pays y étaient représentés. A l'ordre du jour figuraient des rapports de cliniciens et de praticiens sur les progrès de l'art dentaire.

Le programme qui remplit les deux journées de Pâques, comprenait une excursion aux ruines de l'abbaye de Villers et des réceptions organisées par les associations de dentistes belges.

Médecins dentistes et mécaniciens.

La Cour de cassation pénale suisse a rendu, le 18 mars, un nouvel arrêt en application des dispositions de la loi neuchâteloise sur la police sanitaire et médicale. Le tribunal de police de Neuchâtel avait condamné récemment le mécanicien K. à 150 fr. d'amende et 63 fr. de frais pour s'être intitulé « dentiste » dans divers prospectus.

Plainte avait été portée par la Société des médecins dentistes neuchâtelois. K. s'étant pourvu en cassation, le jugement du prési-

dent du tribunal de Neuchâtel a été confirmé. Cet arrêt forme la contre-partie de celui qui avait cassé un jugement du président du tribunal de La Chaux-de-Fonds. La dernière décision intervenue fixe bien que, seul, celui qui a acquis le diplôme fédéral ou un diplôme équivalent peut s'intituler « dentiste » sans se rendre coupable d'infraction à la loi sanitaire neuchâteloise et d'usurpation de titre.

Mariages.

Nous apprenons le mariage de M. Victor Meyer, de St-Amand-les-Eaux avec Mme Vve Bocquillon, célébré à Marcq-en-Ostrevent (Nord) le 8 avril.

*
* *

Nous apprenons également le mariage de Mlle Marie Zimmermann avec M. Henri Carrey, célébré à La Garenne-Colombes le 13 avril.

Nous adressons nos félicitations aux nouveaux époux.

F. D. I.

La section de Bibliographie et de Documentation de la F. D. I. rappelle que sa bibliothèque est installée 3 *bis*, rue de la Régence, à Bruxelles (Palais des Beaux-Arts) et que tous les envois de livres, brochures, tirages à part, journaux, catalogues, gravures, clichés, concernant l'art dentaire peuvent être expédiés à cette adresse.

Fédération des chirurgiens-dentistes allemands.

Cette fédération, qui représente officiellement la profession dentaire allemande, a tenu en avril sa 22e assemblée générale. La fédération comprend cinquante sociétés nationales ou provinciales.

Congrès de Nîmes.

(A. F. A. S. — SECTION D'ODONTOLOGIE.)

1er *août* 1912.

Nous recevons, au moment de mettre sous presse, du président de la Section d'Odontologie du Congrès de Nîmes une circulaire que nous publierons dans notre prochain numéro.

S'adresser pour les adhésions et communications à ce Congrès au président, M. Soulard, 8, rue de la République, Lyon, ou au secrétaire, M. Yvert, 180, boulevard de la Croix-Rousse, Lyon.

32e ANNÉE. N° 10 30 MAI 1912 Vol. XLVII

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

INNERVATION DE LA PULPE DENTAIRE [1]

Par J. Howard Mummery,

Professeur à l'Ecole dentaire de Londres.

(Présentation à la Société d'Odontologie de Paris.)

Le mode d'innervation de la dentine de la dent humaine a donné longtemps lieu à des controverses ; tandis que la clinique démontre manifestement l'existence de nerfs dans ce tissu, la difficulté d'établir l'existence des fibres nerveuses dans une substance aussi difficile à examiner que la dentine est un obstacle sérieux à cette recherche. Il a été très difficile d'expliquer le passage d'une sensation si vive venant de la périphérie de la dentine en l'absence de filets nerveux en ce point ; mais j'ai longtemps pensé avec beaucoup d'autres qu'on découvrirait que la sensation dans la dent est conduite par des fibres nerveuses comme dans les autres tissus du corps. Dès 1891 je fis des préparations qui semblaient montrer que des fibres nerveuses provenant de la pulpe pénètrent dans la dentine, mais le procédé d'imprégnation par le fer et le tanin que j'employais alors ne me permit pas de le démontrer d'une manière rigoureuse.

L'année dernière, j'ai pu, à l'aide de divers procédés de

1. En attendant la publication prochaine in-extenso de la très intéressante communication qui nous est annoncée par l'auteur, nous en donnons aujourd'hui un résumé.

préparation, établir péremptoirement que la dentine est abondamment pourvue de nerfs provenant de la pulpe, qui ne se terminent pas, comme on l'a généralement supposé jusqu'ici, au bord intérieur de la dentine, mais pénètrent dans les canalicules de ce tissu et les traversent jusqu'à leurs extrémités périphériques aux bords de l'émail et du cément.

Les faisceaux de fibres médullaires qui pénètrent dans la dent au foramen apical traversent la pulpe en lignes plus ou moins parallèles, la plupart du temps dans le même sens que les vaisseaux sanguins. Ils envoient de nombreuses ramifications qui perdent leur gaine médullaire à la périphérie de la pulpe, les cylindres-axes se répandant dans une masse de neuro-fibrilles qui pénètrent dans un plexus plus ou moins dense au-dessous de la couche de cellules odontoblastiques. De ce plexus (plexus de Raschkow) de fines fibrilles nerveuses passent entre les odontoblastes et autour d'eux, les entourant de mailles ténues et entrent dans un plexus étroit au bord intérieur de la dentine. C'est ce qu'on a d'ordinaire décrit comme le mode de terminaison des fibres nerveuses de la pulpe, mais on peut voir des fibres surgir de ce plexus, qui serait mieux appelé *plexus marginal*, et passer dans les canalicules dentaires.

Ces fibrilles nerveuses passent dans la dentine en grande abondance et semblent également distribuées dans la portion coronaire et considérablement au-dessous du collet de la dent ; mais elles deviennent de plus en plus éparses quand elles s'approchent de la racine. C'est ce que montre bien le procédé au nitrate d'argent de Ramon y Cajal. Les meilleures préparations ont été faites avec le nitrate d'argent et le chlorure d'or ; mais on connaît la façon dont se comportent ces substances avec les tissus et c'est tout à fait accidentellement que, sur des centaines de sections, on peut obtenir une bonne imprégnation.

J'ai fait usage dans mes recherches de dents fraîches meulées au tour, de dents décalcifiées à l'acide nitrique et à l'acide formique et de dents meulées après imprégnation par le baume suivant le procédé Weil. Ce dernier me sem-

ble supérieur aux autres, quoique fort ennuyeux et pénible à mener à bonne fin ; mais on est payé de sa peine par de bonnes préparations ; il ne semble pas y avoir de rétraction des cellules, comme dans les spécimens décalcifiés par les acides et la substance de la dentine n'est pas teintée. La coloration dans des spécimens décalcifiés gêne notablement l'observation nette du contenu des canalicules et des stries longitudinales ténues, surtout dans les préparations au nitrate, en donnant lieu à des aspects qui causent des erreurs. Dans une préparation bien imprégnée au baume le contenu des canalicules est teinté par l'argent, la substance de la dentine environnant restant bien claire et non teintée.

J'ai obtenu des préparations très bonnes en colorant un fragment de dent calcifiée que j'ai passé au nitrate d'argent, puis décalcifié à l'acide formique.

Dans la dentine, avec des préparations bien teintées, on peut découvrir dans les canalicules des fibres en chapelet et dans la majorité des cas il semble y avoir dans chaque canalicule deux fibres qu'on peut suivre jusqu'aux bords intérieurs de l'émail et du cément.

L'ODONTOLOGIE CONTRE LA STOMATOLOGIE

Par A. Barden,

Professeur à l'Ecole odontotechnique.

(Rapport approuvé par l'Union fédérale dentaire nationale, 31 mars 1912.)

Une question se pose nettement au début du xxe siècle : la chirurgie dentaire sera-t-elle absorbée pas la médecine ? Les progrès chaque jour plus vifs de la Stomatologie inciteraient à penser que l'Odontologie ne sortira pas victorieuse d'une lutte où elle a cependant pour elle le bon droit. Aussi, paraît-il opportun de rappeler une fois de plus les titres de l'Odontologie à l'autonomie et son droit à la vie. C'est ce qu'a bien compris le Groupe des Amis des Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique, en mettant à son ordre du jour la question de la défense de l'Odontologie française.

Les arguments qui militent en faveur de l'autonomie de la profession de Chirurgien-Dentiste sont nombreux et il faudrait en réalité un gros volume pour exposer sous tous ses aspects une question fort simple en soi, mais qui revêt une complexité particulière du fait des passions qu'elle a suscitées. Et pourtant nulle prétention n'apparut jamais plus légitime que celle du Chirurgien-Dentiste réclamant l'autonomie de sa profession.

*
* *

Ancienneté du chirurgien-dentiste en France. — Cette prétention n'est d'abord que le respect d'une tradition dont les racines remontent fort loin dans le temps. Sans pouvoir assigner une date précise à l'exercice spécialisé de la chirurgie dentaire en France, on peut se rendre compte qu'il existait en fait au début de la Renaissance. La spécialisation semble même avoir été la conséquence d'un arrêt prononcé par le Parlement en 1425 [1], arrêt qui interdisait aux barbiers toute intervention chirurgicale y compris *l'extraction des dents.* Interdite au barbier, délaissée par les médecins et dédaignée par les chirurgiens, fiers de leur privilège déjà vieux de plus d'un siècle [2], la pratique de l'extraction des dents et des opérations connexes tomba dans le domaine public. Ainsi

1. Notons d'ailleurs en passant que la spécialisation a existé dans toutes les civilisations avancées, en Phénicie, chez les Hébreux, en Grèce, à Rome, chez les Arabes.
2. Privilège concédé aux chirurgiens par Philippe le Bel, en 1311.

naquit et se développa rapidement en dehors de la médecine une spécialité qui à ce moment recruta vraisemblablement ses praticiens parmi des artisans habiles venus des corporations les plus diverses comme l'on peut s'en convaincre par les travaux d'art prothétique qu'ils se mirent à exécuter et où se reconnaissent les talents différents du serrurier, du sculpteur, de l'orfèvre, souvent associés d'ailleurs. La spécialisation était un fait tellement accompli au début du XVIIe siècle que l'on voit, dans son ouvrage consacré à l'art dentaire [1], paru en 1630, *Jean Strobelberger* mettre le public en garde contre l'erreur qu'il commettrait en consultant un médecin ou un chirurgien en cas de mal de dent, les dentistes ayant seuls les qualités et l'habileté manuelle nécessaires aux opérations dentaires.

Si les insuffisants chroniqueurs d'alors nous ont seulement conservé le souvenir des charlatans dont les exploits n'étaient pas pour déplaire à leur amour du bruit et de l'extraordinaire, la recommandation de *Strobelberger* prouve qu'il y avait déjà à son époque des praticiens instruits et consciencieux. Disons-le d'ailleurs en passant et une fois pour toutes à nos détracteurs : les charlatans sont en dehors des professions qu'ils exercent, aucune n'en a le monopole, le charlatanisme est une affaire de mentalité et non de spécialité.

La considération dont jouirent au XVIIe siècle ces praticiens spécialisés était si grande, leurs prétentions si légitimes qu'ils ne tardèrent pas à les faire reconnaître par les Pouvoirs Royaux. L'édit de mai 1699 séparait en fait le médecin du chirurgien-dentiste et donnait à celui-ci une existence légale avec le titre spécial d'*Expert*. L'obtention de ce titre n'était pas une vaine formalité. Déjà on se rendait compte de l'utilité des travaux manuels pour l'exercice de la profession et on imposait aux candidats trois années de stage chez un praticien avant de l'autoriser à subir des examens à la fois théoriques et pratiques. A partir de 1699 l'art dentaire fut exercé par des spécialistes ainsi recrutés et cela jusqu'à la Révolution. La Révolution abolit tous les privilèges y compris ceux des médecins, des chirurgiens et des experts-dentistes. Par le décret du 2 mai 1791, la profession redevenait libre. La réglementation de ventôse an II oublia le dentiste comme elle oublia le barbier, mais tandis que le barbier qui n'avait nulle raison d'être disparut, le dentiste spécialiste demeura en marge de la médecine et de la chirurgie. D'avoir vécu pendant presque un siècle avec un statut légal, la profession de dentiste en garda en quelque sorte le respect. Et bien que libres de toute obligation, on vit en fait les futurs dentistes continuer à se former dans l'officine des praticiens et après une collaboration d'une durée souvent assez longue, succéder à leurs initiateurs

1. *De Dentium podagra.*

dans ces sortes de charges qui se transmettaient de maître à élève.

L'art dentaire dut à cette discipline de ne pas tomber en décadence, malgré l'absence de réglementation. S'il ne brilla pas de l'éclat extraordinaire qu'il emprunta au génie de ses maîtres du XVIIIe siècle, il sut cependant faire figure honorable dans le monde et traverser non sans gloire le XIXe siècle. C'est pour ainsi dire sans heurt qu'en 1893 le dentiste retrouva, amplifié par plusieurs côtés, son vieux statut de 1699 qui continuait à faire de sa profession une spécialité à côté et en dehors de la médecine, séparatisme qui s'affirmait récemment encore en s'accentuant dans le décret de 1909.

L'histoire de l'art dentaire en France montre donc que, dans notre pays, cet art eut incontestablement ses origines dans des praticiens distincts de la médecine.

*
* *

Partout le chirurgien-dentiste trouve son origine dans des praticiens distincts de la médecine. — Mais cet état de choses n'est pas particulier à la France. Il suffit pour s'en convaincre d'étudier rapidement ce qui s'est passé à l'étranger.

En Amérique, l'art dentaire fût à ses débuts un article d'exportation. Nul ne l'ignore, ce sont deux de nos compatriotes, *Lemaire* et *Gardette*, qui importèrent en Amérique l'art dentaire français. Nos compatriotes introduisirent naturellement sur le nouveau continent leur conception d'un art dentaire spécialisé. Aussi ne faut-il pas s'étonner qu'en Amérique, pays neuf et sans préjugés, notre spécialité se soit établie sans encombre en dehors de la médecine et sans liens avec elle. C'est à Baltimore que fut créée en 1839 la première école dentaire, le *Collège de chirurgie dentaire*, dû à l'initiative de *Harris*. A partir de cette date l'art dentaire prit en Amérique un développement rapide. Dans tous les états de la Fédération, dans toutes les grandes villes, des écoles et des universités se fondèrent. Les dentistes obtinrent rapidement une situation légale et indépendante de la médecine, situation que personne ne s'avisa jamais d'ailleurs de leur contester et que consacre un diplôme spécial délivré par les écoles et les universités elles-mêmes, le diplôme de *docteur en chirurgie dentaire*.

L'Angleterre elle-même exige des futurs dentistes un stage [1] de trois années, chez un dentiste exerçant, instruction préliminaire à laquelle succède une instruction spéciale qui pour la partie médicale est commune à celle des médecins. Ses praticiens sont cependant spécialisés en dehors de la médecine, avec le titre spécial de *Licencié en Chirurgie Dentaire*.

1. Le stage peut se faire à l'*Institut of dental technology and school of mechanical dentistry* de Cambridge.

En Allemagne l'exercice de l'art dentaire est libre, comme celui de la médecine d'ailleurs. Malgré cela, l'Etat délivre un diplôme spécial de *Zahnarzt*, diplôme officiel de chirurgien-dentiste.

France, Amérique, Angleterre, Allemagne représentent les quatre points cardinaux de l'art dentaire. On pourrait donc se borner très légitimement à l'étude du développement de l'art dentaire dans ces pays, rien ou presque rien ne s'étant fait dans ce domaine en dehors d'eux. Constatons cependant qu'en Espagne, en Portugal et dans toute l'Amérique latine la profession est spécialisée et que les études sont sanctionnées par un diplôme spécial. En Espagne on accorde le titre d'*Odontologiste ;* au Portugal celui de *Dentiste ;* au Mexique celui de *Chirurgien-Dentiste ;* à Cuba, en Colombie, celui de *Docteur en Chirurgie-Dentaire ;* en Uruguay, en Argentine, au Pérou, celui de *Chirurgien-Dentiste ;* au Chili, celui de *Dentiste ;* au Brésil, celui de *Docteur en Odontologie.*

*
* *

Effets néfastes de la suppression du chirurgien-dentiste. — Il en est de même, à de très rares exceptions près, sur tout le Continent. Encore la suppression du Chirurgien-Dentiste a-t-elle eu dans certains Etats d'Europe des conséquences fatales. En Autriche, par exemple, une loi relativement récente fit rentrer la chirurgie dentaire dans la médecine. Le résultat ne se fit pas longtemps attendre : le public ne trouva pas auprès des nouveaux praticiens les capacités techniques qu'il est en droit d'exiger à l'heure actuelle. Alors, à côté de ce médecin dont le rôle se borne aux soins des dents, naquit un praticien qui pratique la restauration et le remplacement des dents, le *Zahnkünstler,* sorte de mécanicien-dentiste qui n'est rien autre qu'un chirurgien-dentiste déguisé et toléré par la force des choses par les pouvoirs publics.

L'exemple de l'Autriche n'est-il pas plein d'enseignement ? C'est l'aveu de l'impuissance des praticiens non spécialistes à exercer l'art dentaire correctement et dans toute sa plénitude et le mot du professeur *Walkhoff* de l'Université de Munich reste vrai en ce qui concerne les médecins qui n'ont pas appris leur spécialité dans les écoles dentaires « Le Médecin n'est jusqu'à présent qu'un dilettante en art dentaire ».

*
* *

Le développement et les progrès de l'art dentaire sont exclusivement le fait de dentistes non médecins. — Si donc presque partout l'art dentaire est né en dehors de la Médecine, et si dans nombre d'Etats cet art est exclusivement exercé par des praticiens spéciaux, il ne faut pas s'étonner que son développement et ses progrès soient exclusive-

ment le fait de dentistes non médecins. Enumérer les découvertes des dentistes serait en quelque sorte faire l'histoire entière de notre art. Le cadre de ce rapport ne le permet pas. Cependant il n'est peut-être pas inutile d'en rappeler succinctement quelques-unes, nous limitant volontairement à ces trois branches importantes de notre spécialité, qui représentent la conservation des dents, l'orthodontie et la prothèse restauratrice, sans parler de la découverte de l'anesthésie chirurgicale due, comme nul ne l'ignore, au célèbre dentiste *Horace Wells*. L'art dentaire est ici pur de tout alliage médical, il est l'œuvre exclusive du chirurgien-dentiste. L'histoire de la conservation des dents est trop longue et trop connue pour qu'il soit besoin d'y insister. La prothèse restauratrice débute en 1805 avec l'admirable appareil vélo-palatin de *Gariot*, elle se perfectionne avec les *Preterre* et les *Delalain* pour s'achever en les géniales restaurations des *Martin* et des *Delair*, tous dentistes ceux-là. L'orthodontie naît avec *Fauchard* et ses contemporains, elle se perfectionne avec *Lefoulon* et *Schange* et s'établit sur des bases rationnelles grâce à l'esprit réfléchi et méthodique des *Guildford*, des *Angle*, des *Case*, tous dentistes ceux-là.

*
* *

Voilà donc ceux que les Stomatologistes qualifient d' « empiriques » et de « premiers venus » et qu'ils voudraient supprimer « comme dangereux pour la sécurité publique ».

« La Stomatologie, dit textuellement *M. Cruet*, est apparue pour réagir contre la tendance qui, par la faute à la fois de l'opinion des lois, éloignait de plus en plus l'art dentaire de ses origines pour le réduire à l'empirisme, l'isolant de la médecine où il avait ses racines, et le livrant aux mains des premiers venus. »

Quels noms la Stomatologie peut-elle donc opposer aux noms illustres que nous avons cités ? La Stomatologie qui affirme par la voix de *M. Cruet* qu' « il suffirait de montrer que partout où existent des dentistes, ce sont les dentistes médecins qui occupent les premières places dans la spécialité, prouvant ainsi qu'ils répondent à toutes leurs obligations et remplissent mieux que d'autres toutes leurs fonctions ».

Mais peut-être ne s'agit-il pas ici de science et M. *Cruet*, faute de mieux, juge-t-il de la valeur d'un dentiste sur l'étendue de sa clientèle. C'est un criterium auquel je n'aurais jamais songé, sachant trop que dans cet ordre d'idées ce sont les pires charlatans qui souvent occupent les situations les plus hautes et je m'empresse d'ajouter, pour l'honneur des chirurgiens-dentistes, les moins enviées. D'ailleurs, faute de grands hommes, la Stomatologie n'hésite pas, elle prend les nôtres, les *Fauchard*, les *Jourdain*, les *Bourdet*, les *Lafforgue*, les *Oudet* et leur donne le baptême stomatologique. « Leurs

livres, dit en effet M. *Cruet*, étaient des traités de stomatologie. Ils confondaient entièrement l'art dentaire et la stomatologie, c'est-à-dire l'art dentaire avec la médecine et la chirurgie. » Phrase précieuse pour nous ! D'abord parce qu'elle contient l'aveu que l'œuvre de ces grands Odontologistes renferme *toute* la Stomatologie. Phrase précieuse encore parce que les *Fauchard*, les *Jourdain*, les *Bourdet*, les *Lafforgue*, les *Oudet* n'étant pas médecins, elle prouve que le dentiste peut être parfaitement instruit des choses de la médecine et de la chirurgie. Car, ainsi que le dit excellemment M. *Cruet* qui a mis dans ses écrits, et sans s'en apercevoir sans doute, tout son talent à démolir la Stomatologie, « on ne sait ce qui doit le plus étonner, de voir chez des hommes comme ceux que nous venons de citer, et il y en avait certainement d'autres, une connaissance et une prescience de faits qui semblaient inconnus des chirurgiens ou des médecins, leurs contemporains, ou de constater que ceux-ci se désintéressaient absolument d'affections et de maladies qui auraient été plutôt de leur domaine ».

Comme c'était logique, — le désintéressement étant une des caractéristiques du savoir —, ces praticiens éminents songèrent très vite à éduquer leurs confrères en les faisant profiter de connaissances parfois laborieusement acquises. C'est ainsi que les dentistes créèrent de toutes pièces l'enseignement de l'art dentaire en France, aux Etats-Unis, en Angleterre.

*
* *

Le « struggle for life » est le seul argument qui explique l'attitude des stomatologistes. — En réalité, quelle que soit la partie de l'art dentaire que l'on envisage, quelle que soit la découverte, le nom d'un dentiste s'impose. Cet art créé par le dentiste, développé par lui, est arrivé de nos jours à un parfait état de maturité. Aucune spécialité médicale ne peut, comme cette spécialité développée en dehors de la médecine, prétendre à une pareille perfection. L'Odontologie est sans conteste à l'heure actuelle la spécialité la plus achevée. Elle fait rarement faillite en face du cas pathologique et c'est exceptionnellement qu'elle est impuissante à guérir ou à réparer les lésions de son domaine. Il s'ensuit qu'elle a de jour en jour des patients plus nombreux qui rémunèrent honorablement les praticiens auxquels ils ont recours. Comment s'étonner alors qu'en France où depuis quelques années sévit la pléthore médicale, où beaucoup de médecins peinent pour gagner misérablement une vie devenue de jour en jour plus chère, comment s'étonner que ces derniers aient songé à accaparer l'art dentaire ? Cela était logique et d'autant plus facile que la loi permet aux docteurs en médecine d'exercer notre spécialité sans l'avoir apprise. Mais le médecin n'était pas plutôt entré

dans la spécialité qu'il prétendit l'avoir rénovée scientifiquement et moralement. Comme les chirurgiens-dentistes, qui connaissent leur métier, lui faisaient une concurrence contre laquelle il pouvait difficilement lutter, la concurrence du savoir, le stomalogiste en vint très rapidement à l'idée que la suppression du chirurgien-dentiste s'imposait. Et le stomatologue trouvá des arguments en apparence irrésistibles. Il fit appel au dogme de la médecine une et indivisible et rallia tous les praticiens de la médecine générale qui ne connaissaient pas un mot du débat ; il parla de la dignité que confère le titre de Docteur en Médecine, comme si le titre faisait la dignité de l'homme; il parla au nom d'un public imaginaire qui réclamait à cor et à cri des dentistes enfin médecins! Les stomatologues discoururent tant et si bien qu'à l'heure actuelle les pouvoirs publics hésitent, entre le dentiste, fils de ses œuvres, auquel revient le mérite d'avoir, grâce à ses propres découvertes, grâce à son initiative privée d'éducateur, porté son art au grand degré de perfection où nous le voyons aujourd'hui, et le médecin qui, faute de pouvoir gagner sa vie dans la profession qu'il a choisie, jette un œil avide sur la profession de dentiste et s'y installe en parvenu.

Nous touchons ici au nœud du débat : les stomatologistes réclament la suppression du chirurgien-dentiste pour pouvoir exercer *seuls* une profession restée lucrative, surtout si on la compare à la profession de médecin. Le « struggle for life » a fait plus pour la cause stomatologique que toute l'argumentation spécieuse de ses défenseurs. Pas plus qu'ils n'ont pu nous convaincre des origines médicales de la chirurgie dentaire, pas plus qu'ils ne peuvent nous montrer son développement en dehors du dentiste, ils ne peuvent nous démontrer son fondement purement médical. En réalité l'art dentaire trouve encore dans son essence même de nouvelles raisons pour légitimer son autonomie. La chirurgie dentaire en effet n'est pas un art simple, c'est un art complexe à composantes extrêmement variées.

*
* *

Opinion d'un physiologiste célèbre sur l'éducation spéciale que doit recevoir le dentiste. — Sans doute, l'art dentaire touche par certains côtés à la médecine, sans doute, comme le disait en 1901 à Cambridge le célèbre physiologiste *Michael Foster*[1]: « Le dentiste comme le médecin doit posséder une connaissance de la pathologie générale, il a affaire à la maladie, aux maladies des dents et même de la bouche et

1. Il est intéressant de noter que l'opinion de *Michael Foster* n'est pas isolée: avant lui *Paul Bert*, après lui *Dastre* ont émis sur le sujet des idées absolument analogues.

il doit bien connaître les vérités générales de la pathologie. Mais il n'a pas besoin d'entrer dans les détails de la maladie plus avant qu'il n'est nécessaire pour comprendre les processus morbides généraux et les voies communes par lesquelles l'organisme vivant peut éprouver les atteintes de la maladie. En outre, le dentiste a besoin, comme le médecin, d'une connaissance de la physiologie et de l'anatomie lui permettant de comprendre la pathologie, mais il n'a pas besoin d'approfondir l'étude de l'anatomie topographique du corps et il peut remplacer cela par la connaissance de l'anatomie et de la physiologie des dents, plus complètement et plus spécialement que cela n'est nécessaire pour le médecin. Une pareille instruction générale est plus ou moins commune au médecin et au dentiste ; mais le premier a également besoin d'une instruction générale, c'est-à-dire préparatoire, absolument inutile pour le second.

En revanche, l'art du dentiste étant conservateur et restaurateur, il doit connaître la nature des substances avec lesquelles il restaure et les lois physiques et mécaniques de la restauration qu'il entreprend. Si, afin de lutter comme il convient avec la maladie, il doit partager l'instruction générale du médecin, il lui faut, pour lutter avec les difficultés de la réparation des ravages de la maladie qui n'a pu être prévenue, posséder une autre instruction générale d'une nature toute différente. Il doit connaître au moins quelques-uns des mystères de la métallurgie, avoir une connaissance scientifique des propriétés physiques et chimiques des différentes matières qu'il emploie pour restaurer, et apprendre quelque chose de ce que l'on pourrait appeler une branche spéciale de l'art de l'ingénieur. Il doit apprendre des choses et des procédés totalement ignorés des médecins et des chirurgiens. Bien plus, pour réussir dans sa profession, il doit connaître non seulement théoriquement, mais pratiquement, les choses dont je vous parle. Aussi de même que le jeune médecin commence son service à l'hôpital par des pansements et un rôle de garde-malade, de même que le général qui commande des armées doit commencer par faire l'exercice comme simple soldat dans la cour de la caserne, de même que le jeune ingénieur met une blouse pour fréquenter l'atelier, de même le jeune dentiste doit passer un temps voulu à l'établi ». Oui, c'est seulement à l'établi, c'est dans le laboratoire que le dentiste peut apprendre les techniques spéciales empruntées aux différents métiers dont l'art dentaire est la résultante : art du mouleur, du modeleur, du fondeur, du bijoutier et du céramiste.

*
* *

L'odontologie est surtout un art manuel. — Quelle est la balance exacte entre ces différents éléments dont la réunion concourt à former le dentiste ? Lesquels doivent prédominer ? Jugée sous l'angle de la

finalité, il n'y a pas deux réponses à la question posée. Le dentiste ayant dans l'immense majorité des cas à accomplir des actes purement manuels, l'étude des techniques et des procédés manuels doit l'emporter de très loin sur les études médicales. Il n'est pas possible de trouver sur ce point de contradicteur de bonne foi et il faut tout le parti pris de *M. Cruet* pour soutenir que l'acquisition de connaissances scientifiques « est la meilleure préparation à l'habileté, même manuelle [1] ».

L'habileté manuelle représentant pour nous dans la formation du dentiste le grand criterium, voyons quel est celui qui est le plus susceptible de l'acquérir, du médecin venu tard à l'étude de la spécialité ou du dentiste mis de bonne heure en contact avec les techniques délicates de notre art ?

*
* *

Formation rudimentaire du stomatologiste. — C'est dans les cas heureux vers la 26e année, dans la majorité des cas très près de la trentaine, que, son diplôme de docteur en poche, le médecin désireux d'exercer l'art dentaire commence à se spécialiser. Son éducation manuelle est nulle, parce que restée inculte jusqu'alors. En principe le médecin est maladroit, ce qui tient souvent à la fois à l'éducation purement intellectuelle qu'il a reçue et au milieu où il a vécu, la maladresse constituant en quelque sorte une qualité pour les gens du monde qui tiennent les métiers manuels pour dégradants.

Aussi, le médecin est-il dès le début rebuté par nos techniques délicates, par celles de l'obturation en particulier. Faute la plupart du temps d'arriver à une préparation correcte, il prend très vite l'habitude d'escamoter celle-ci. Pour lui, c'est chercher midi à quatorze heures que de s'essayer à donner à telle cavité, telle figure géométrique précise. Alors il simplifie ; il prépare ses cavités d'une façon quelconque et les obture de même.

Pour le traitement des caries pénétrantes, même simplification : jamais d'extraction de pulpes, jamais de stérilisations de canaux, des coiffages et l'emploi de pâtes antiseptiques dont la composition varie au hasard des circonstances dans la P^1, dans la P^2, dans la P^3. D'ailleurs avec l'idée bien ancrée qu'en clientèle ces cas compliqués ne se rencontrent pas et qu'en définitive il lui restera toujours la ressource d'extraire. En ce qui concerne la prothèse, éducation plus

1. « Qui ne sait que l'instruction générale, les connaissances étendues dans toutes les directions scientifiques ont toujours été particulièrement propres à susciter l'esprit d'initiative et d'invention, même dans l'ordre mécanique et les applications techniques, et sont la meilleure préparation à l'habileté, même manuelle. C'est un fait d'observation générale, toujours vrai. » *Cruet*, La Stomatologie.

rudimentaire encore : la prothèse, c'est l'affaire du mécanicien ! Le médecin orthopédiste ne s'occupe pas de la confection des bandages, pourquoi le médecin-dentiste s'occuperait-il de prothèse ? Avec ces idées le médecin, au bout de six mois, n'a plus rien à apprendre d'une spécialité dont il n'a pas le moins du monde compris l'essence et il s'installe. Je pense que tous ceux qui ont eu des médecins pour élèves ne me contrediront pas sur la qualité de cette instruction rudimentaire.

Je n'ignore pas qu'à côté de cette façon générale de s'instruire du médecin, il y a des exceptions. Nous avons vu des médecins rester deux ans, trois ans même, dans nos écoles et non contents de cela aller au delà des mers perfectionner une instruction qu'ils ne jugeaient pas encore suffisante. Mais ceux-là ne sont pas des stomatologistes, il leur en a trop coûté pour apprendre convenablement leur métier, pour penser qu'il soit permis de l'exercer sans l'avoir appris, et rangés sous la bannière odontologiste, ces « outlaws » de la médecine, comme les appelle dédaigneusement *M. Cruet,* en sont souvent les plus ardents défenseurs. Cette constatation m'amène à dénoncer une fois pour toutes la fausseté d'un argument cher à *M. Cruet.* La stomatologie, affirme *M. Cruet,* est une force : six cents médecins exercent aujourd'hui l'art dentaire en France. Mais ce que *M. Cruet* oublie de nous dire, c'est que, sur ces six cents médecins, trois cents au moins sont des indifférents qui se soucient fort peu au fond de leur province de l'Odontologie ou de la Stomatologie et que cent autres encore sont des odontologistes militants. Reste à *M. Cruet* deux cents stomatologistes et encore je le mets au défit de les rallier tous, sans exception, à son programme.

*
* *

Formation rationnelle de l'odontologiste. — Envisageons maintenant pour l'opposer à celle du stomatologiste la formation du chirurgien-dentiste. Ce n'est pas à 30 ans, ce n'est pas à 26 ans même, que le futur chirurgien-dentiste commence son éducation, c'est à 16 ans, à un âge où la main possède encore toute sa souplesse et l'œil une puissante faculté adaptative. Pendant cinq ans notre apprenti-dentiste va consacrer les trois quarts des heures de labeur à des travaux manuels. Lentement, progressivement, va se faire l'éducation de son œil et de ses mains. Pendant cinq ans aussi il aura le loisir de soumettre ses travaux à l'épreuve du temps, de les juger expérimentalement. Il verra les résultats de telle préparation incorrecte de cavité qu'il avait faite au début de ses études et qui se traduira par la récidive de la carie et la chute de l'obturation. Il verra les inconvénients de ce coiffage qu'il pratiqua un jour de paresse et qui, pour résultat, aura amené la mortification de l'organe qu'il prétendait

guérir. Il verra défiler sous ses yeux ces appareils confectionnés par le mécanicien et placés dans des bouches mal préparées à les recevoir, en dépit des lois de la mécanique articulaire, et il comprendra la nécessité d'être un bon mécanicien, même s'il ne doit jamais dans la suite travailler à l'atelier. Il se rendra peu à peu compte que son art est tout en nuances, que c'est le respect du détail, de l'infime détail, qui différencie le bon dentiste du mauvais, et il mettra dans la technique tous ses soins.

Lequel des deux praticiens dont nous avons montré la formation si différente est le mieux préparé à l'exercice de son art ? Pourra-t-on sérieusement soutenir que ce soit le médecin ? Je le crois difficile et je pense plutôt que les dentistes ont la partie belle pour retourner à leur profit l'argument du « danger social » qu'agitent les stomatologistes comme un épouvantail. Le danger social n'est-il pas plutôt le fait de ce médecin dont l'éducation manuelle est insuffisante pour assurer la conservation d'organes que la majorité des dentistes formés dans nos écoles est capable d'assurer. Où est « l'empirique ? » N'est-ce pas celui qui diminue les limites de notre thérapeutique par son incapacité technique ?

*
* *

Les stomatologistes ne font pas de stomatologie. Ils se bornent à soigner les dents, comme les odontologistes. — Les stomatologistes, il est vrai, prétendent compenser cette insuffisance technique par la largeur de leur champ d'action. Les odontologistes se bornent à soigner les dents. Les stomatologistes prétendent soigner aussi la bouche. C'est ce qui leur permet à la fois de s'appeler d'un nom différent et de légitimer leurs excessives prétentions. Malheureusement pour les stomatologistes, aucun d'eux ne soigne la bouche, ni médicalement, ni chirurgicalement. Dans leurs cabinets les stomatologistes obturent des dents, pratiquent des restaurations prothétiques, comme le dentiste. Non seulement ils font exactement ce que font les dentistes, mais on pourrait même, sans crainte du paradoxe, soutenir que depuis l'intrusion du stomatologiste dans notre spécialité son cercle s'est singulièrement rétréci au lieu de s'étendre. Comme le dit quelque part un odontologiste docteur en médecine [1] : « Nous avions un sinus qui est bien notre domaine, qu'est-il devenu ? La propriété du rhinologiste. Nous avions la langue, les maxillaires, les amygdales, les végétations adénoïdes, compagnes inséparables de nos plus intéressantes anomalies dentaires. Qu'est devenu tout cela ? Une partie est allée au chirurgien, une autre au médecin, une autre encore au laryngologiste : ici *Ollier*, là *Chatellier, Gugenhem* qui crée le premier service hospitalier où l'on

1. Le Dr *A. Siffre*.

s'occupe des maladies siégeant dans la bouche et la péri-bouche ; à côté *Lermoyez*, médecin des hôpitaux, qui crée la chirurgie spéciale de la bouche et de ses annexes dans un service médical ; ailleurs encore, dans un service chirurgical, *Sebileau*. Enfin partout on fait de la Stomatologie excepté dans la maison stomatologique ».

*
* *

Inutilité du diplôme de docteur en médecine pour l'exercice de l'Odontologie. — En face de cette faillite de la Stomatologie, force nous est bien de conclure à l'inutilité du diplôme de docteur en médecine pour l'exercice de l'Odontologie, force nous est bien de conclure à l'inutilité des études médicales complètes pour le chirurgien-dentiste. Comme le dit encore le *Dr Siffre*: « En anatomie est-il nécessaire de connaître toute la névrologie, toute l'arthrologie, toute l'angéiologie ? En médecine opératoire, est-il utile de savoir faire une cure radicale de hernie, une amputation de la cuisse, une désarticulation de l'épaule ?

En obstétrique est-il utile de savoir faire une version, une basiotripsie, une application de forceps, un Porro, une délivrance artificielle ?

A-t-on à propos d'une lésion bucco-dentaire utilisé les connaissances des signes de la grossesse au quatrième mois et les rapports de la tête du fœtus avec le détroit supérieur ? — Que faire du diagnostic, du placenta prævia et de la grossesse gemmellaire ?

En pathologie, retirera-t-on du diagnostic de la fièvre typhoïde une supériorité dentaire ? Est-il utile de connaître les symptômes d'une salpingite, d'une néphrite tuberculeuse, d'une appendicite ?

En médecine légale, sera-t-il indispensable au dentiste de connaître les signes de l'avortement, de la strangulation. Aura-t-il jamais l'occasion ou le droit de conclure à un empoisonnement ? Le dentiste-médecin pourra-t-il trouver l'occasion de faire un certificat d'aliénation mentale ?

En hygiène publique, le dentiste aura-t-il à donner son avis sur l'aération d'une salle d'école, sur la salubrité d'une industrie, sur le meilleur mode de désinfection des eaux d'égouts ?

En anatomie pathologique, le dentiste aura-t-il l'occasion d'examiner un cancer du rein, un épithélioma du pancréas, un épanchement pleural ?

Est-il nécessaire au dentiste de faire trois années de dissection, trois années de stage dans des services généraux où il apprendra à traiter la sclérose hépatique, la pneumonie, la méningite, l'endocardite, l'hydartrose du genou, la luxation de l'épaule, l'ulcère variqueux, etc., etc... ?

J'arrête, bien qu'il y ait encore une quantité d'autres choses nécessaires, indispensables au médecin, mais inutiles au dentiste. » Et, il

faut bien l'ajouter, *dangereuses* pour le dentiste, comme représentant par leur acquisition un nombre d'heures considérables dérobées aux études techniques.

* * *

Le champ de l'Odontologie tend à se subdiviser de plus en plus. — Ces techniques sont d'ailleurs si différentes que dans le sein de cette Odontologie, que les stomatologistes, faute de la bien connaître, trouvent trop étroite pour eux, commencent à se faire jour de véritables spécialités. L'heure n'est pas très éloignée où certaines branches de l'Odontologie se sépareront du tronc commun. Elles ont acquis dans les dix dernières années une importance telles qu'elles peuvent parfaitement suffire à accaparer toutes les facultés et toute l'activité d'un individu. Déjà dans certains pays, en Amérique, en Suède, en France même, à Paris, il y a des spécialistes de l'orthodontie, de la pyorrhée alvéolaire, de la prophylaxie, de la prothèse restauratrice, etc. Dans nos congrès professionnels la diversité des composantes de l'odontologie est telle qu'il est nécessaire de faire de nombreuses sections. En 1900, on en comptait déjà 10 au Congrès international de Paris; 9 années seulement après, au Congrès de Berlin, ce nombre devait être porté à 12, c'est-à-dire que nos congrès comptent autant de sections et plus qu'un congrès de médecine et de chirurgie.

Voilà donc cette spécialité jugée trop infime, trop étroite par certains, tellement compliquée au contraire qu'il apparaît de plus en plus, à mesure que ses progrès s'affirment, qu'il ne sera bientôt plus possible au dentiste d'en posséder à la fois tous les éléments. En réalité, spécialité tellement développée, portée à un tel degré de perfection dans le détail, que non seulement elle doit se détacher de l'immense tronc médical dont elle était à l'origine un tout petit œil perdu le long de la rude écorce, mais voir tour à tour les branches nées de ce bourgeon primitif acquérir un développement tel que la séparation et le bouturage en terre nouvelle deviennent pour elle une impérieuse nécessité. Et comment prétendre maintenant que l'horizon du chirurgien-dentiste soit borné? que les chirurgiens-dentistes soient « des esprits simples pour un art simple et accessoire [1] »? Cet art n'est pas *simple,* nous l'avons vu. Peut-on prétendre qu'il soit *accessoire,* quand on connaît les conséquences funestes d'une mauvaise denture sur la santé de l'individu? Art primordial au contraire que celui qui répare les lésions des dents, la dent étant, par l'intermédiaire du système dentaire défectueux, la porte d'entrée d'un nombre considérable de maladies.

---

1. *Annales de la Jeunesse médicale,* n° de mai 1911.

*
* *

La culture générale et le baccalauréat. — Aussi bien la cause est entendue et ce n'est pas de cela qu'il s'agit dans cette fameuse phrase des *Annales de la Jeunesse médicale :* les dentistes « esprits simples » c'est, sous une autre forme, et non moins polie, le vieil argument cher aux stomatologistes de l'absence de « culture générale » chez le dentiste. Avouons-le d'ailleurs avec amertume, cet argument a porté jusque dans le camp des odontologistes. Certains de nos confrères se sont émus de cette critique et dans leurs revendications, destinées soi-disant à élever le niveau intellectuel du dentiste, ils se sont laissés aller à réclamer, comme titre d'entrée dans les écoles dentaires, le baccalauréat. A mon avis, on ne pouvait ni plus mal faire, ni plus mal choisir. Je serais même tenter de dire sur ce sujet toute ma pensée, ayant vécu depuis ma plus tendre enfance dans les milieux universitaires comme petit-fils, fils et frère de professeurs de l'Université. Mais, je suis dentiste et mon témoignage pourrait néanmoins paraître suspect. Je laisserai donc parler en mes lieu et place, et avec l'autorité que ses titres et fonctions lui confèrent, un de nos plus réputés professeurs de faculté, *M. H. Bouasse*, professeur de physique à la Faculté des Sciences de Toulouse, ancien élève de l'Ecole normale supérieure et naturellement examinateur au baccalauréat :

Voici d'abord son opinion sur ce fameux examen :

« Le baccalauréat est la plus vaine, la plus sotte, la plus immorale, la plus écœurante des loteries connues; par surcroît, c'est un examen stupide dans son esprit et dans ses programmes. »

Ainsi donc, vous dentistes, qui n'êtes pas bacheliers, voilà le titre que vous réclamez comme susceptible de donner une « culture » à vos successeurs, les futurs chirurgiens-dentistes. Mais je vous le demande à vous stomatologistes qui avez jeté cet argument contre les « esprits simples » et à vous dentistes qui l'avez ramassé pour le faire vôtre, « qu'est-ce que la culture ? » et je vous réponds toujours par la voix de *M. Bouasse :*

« La culture, c'est l'augmentation du moi, le développement de l'intelligence, l'affinement de la sensibilité, la culture est la conséquence d'un effort personnel devant les choses. La culture ne se termine donc pas à 16 ans, ni à 20, ni à 30, *elle dure la vie entière*, et ne finit qu'avec la mort. »

Ainsi, ce baccalauréat que vous vous targuez de posséder, vous, stomatologistes, ce baccalauréat que vous voulez acquérir, vous, odontologistes, n'a rien à faire avec la culture.

Le danger, c'est d'exiger cette pseudo-culture. C'est un danger social. C'est favoriser l'avènement de la ploutocratie, déjà si puissante, c'est fermer à toute une catégorie de citoyens d'extraction modeste une profession qui, presque toute manuelle, n'a aucun besoin *d'impedimenta* intellectuels. Hélas, il y a déjà en France assez de professions accaparées par les intellectuels ! Elles en meurent d'ailleurs, tant leurs manquent les esprits positifs :

« En France personne ne sait plus son métier, *parce que tout le monde a la conviction de lui être supérieur*, résultat le plus clair de la fameuse culture... Aujourd'hui tout le monde est, ou plus exactement, se croit généralement cultivé, mais de *moins en moins on trouve l'homme de son métier*. Les navires coulent, les malades meurent, les trains se heurtent, les canons se déculassent, mais tout est pour le mieux, on cultive généralement. »

« Je veux, dit encore M. Bouasse, qu'on cesse de monter un bateau stupide, qu'on ne décore pas du nom de culture la récitation de tableaux synoptiques, *qu'on ait le courage d'ignorer beaucoup de choses, pour en savoir convenablement quelques-unes.* »

La suppression du chirurgien-dentiste serait un danger pour la santé publique. — Nous devons donc être fiers d'exercer un métier manuel et c'est parce qu'il est surtout manuel que nous avons le droit de réclamer à cor et à cri sa séparation d'avec la médecine, que nous avons le droit de réclamer l'autonomie de la profession de chirurgien-dentiste. Réconfortons-nous d'ailleurs en pensant que le public et les pouvoirs publics eux-mêmes sont avec nous. Le public a besoin des chirurgiens-dentistes. Le jour où le chirurgien-dentiste disparaîtrait il ne se trouverait pas de stomatologiste pour consentir, après 8 ou 10 années d'études coûteuses, à aller s'enterrer dans le fond de nos provinces, pour y gagner médiocrement sa vie. Et d'ailleurs, les stomatologistes y viendraient-ils, que leurs honoraires ne pourraient être à la portée des bourses modestes : les soins minutieux resteraient, par la force des choses, réservés à la fortune. Les pouvoirs publics connaissent bien le danger en ayant déjà par avance mesuré les effets. Il suffit en effet de considérer ce qui s'est passé pour la pharmacie depuis la suppression du pharmacien de seconde classe. Aucun pharmacien de première classe ne consent plus à aller s'installer dans les petites villes et dans les bourgades dont les municipalités assaillent les pouvoirs publics de leurs doléances. La suppression du chirurgien-dentiste serait aussi grosse de conséquences fâcheuses. Et plus que tous les arguments que j'ai pu vous énoncer, c'est celui-là seul que je vous engage à faire valoir en toutes circontances et en tous lieux, et auprès de vos clients dont l'ensemble représente la nation et qu'il faut absolument mettre au courant de nos revendications légitimes, et auprès des hommes poli-

tiques qui sont ses mandataires, pour qu'il ne soit jamais possible au sein du Parlement de trouver une majorité susceptible de faire disparaître une profession dont le développement, tout d'initiative privée, fait le plus grand honneur à la démocratie.

Conclusions.

L'autonomie de la profession de chirurgien-dentiste se légitime par une série de considérations également importantes:

1° *Dans tous les pays où l'art dentaire a acquis un développement considérable (France, Amérique, Angleterre, Allemagne), le chirurgien-dentiste trouve son origine dans des praticiens distincts de la médecine ;*

2° *Le développement de l'art dentaire des origines jusqu'à nos jours s'est fait tout entier en dehors de la médecine. Il suffit pour s'en convaincre de lire les ouvrages relatifs à l'histoire de l'art dentaire* (Lemerle Godon, Bonnet, Guerini) ;

3° *Né en dehors de la médecine, développé en dehors d'elle, l'art dentaire est de l'avis unanime la spécialité la plus achevée à l'heure actuelle;*

4° *Si l'odontologie a pu en dehors de la médecine arriver à un développement aussi parfait, c'est qu'elle n'est pour ainsi dire qu'un art purement manuel;*

5° *L'odontologiste par sa formation spéciale (5 années d'études en grande partie manuelles, commencées de bonne heure alors que l'œil et la main sont encore souples) est bien plus qualifié pour exercer sa profession, que le médecin formé tardivement et hâtivement;*

6° *Il n'est pas possible que l'odontologiste ajoute à sa spécialité la stomatologie comme le prétendent des dentistes-médecins. D'abord parce que ni les uns, ni les autres, ni les odontologistes, ni les stomatologistes ne sont qualifiés pour exercer la stomatologie qui appartient en partie à la médecine, en partie à la chirurgie. En second lieu parce que l'art dentaire a acquis un si grand développement que non seulement il ne lui est plus possible de lui adjoindre l'immense spécialité que constituerait la stomatologie, mais qu'au contraire la nécessité apparaît de jour en jour plus impérieuse de scinder l'odontologie, devenue trop vaste, en un certain nombre de spécialités, prophylaxie, orthodontie, prothèse restauratrice, pyorrhée, etc.;*

La suppression du chirurgien-dentiste, qui aurait pour conséquence la diminution du nombre des spécialistes et l'augmentation des honoraires, priverait toute une partie de la population de soins absolument nécessaires. Les pouvoirs publics ne sauraient à l'heure actuelle prendre une pareille responsabilité, pas plus qu'ils ne voudraient fermer à la démocratie une des rares professions libérales à laquelle elle puisse accéder encore et qu'elle mérite absolument de conserver pour l'avoir créée, développée et organisée dans toutes ses parties.

BIBLIOGRAPHIE.

1888. L'avenir de l'art dentaire en France, par E. LECAUDEY.

1892. L'organisation de la profession de dentiste en France. Lettre à M. Monod, par C. GODON.

1900. L'enseignement dentaire dans les différents pays. Rapport au Congrès de 1900, par M. ROY.

1902. Compte rendu de la F. D. I. (Stockholm). Rapport sur la législation et l'enseignement dentaires dans les différents pays.

1903. L'enseignement technique de l'étudiant en dentisterie (F. D. I., Madrid), par M. ROY.

1903. Les connaissances que l'on doit posséder pour exercer l'art dentaire (Congrès international des sciences médicales, Madrid), par C. GODON.

1904. La prothèse dentaire et l'Assistance publique de Paris, par P. MARTINIER (*Odontologie*, 15 novembre 1904).

1905. Les écoles et la législation dentaires aux Etats-Unis, par M. ROY.

1906. L'enseignement dentaire par KIRK, TRUMAN, BROPHY, TALBOT, JARVIS (*Odontologie*, 15 novembre, p. 414).

1906. L'enseignement dentaire en Norvège (*Odontologie*, p. 135).

1907. Mentalité stomatologique, par M. ROY (*Odontologie*, 15 juin, p. 532).

1907. Les dentistes étrangers et le Congrès de stomatologie, par M. ROY (*Odontologie*, 15 juillet, p. 33).

1907. L'enseignement dentaire aux Philippines (*Odontologie*, p. 574).

1907. Odontologistes et stomatologistes, par C. GODON (*Odontologie*, 15 février 1907, p. 136).

Dentistes *versus* médecins, par ROSENTHAL (Bruxelles).

1908. Rapport sur les réformes des études dentaires, par M. ROY et G. VILLAIN (*Odontologie*, 15 avril 1908, p. 319).

1908. L'enseignement dentaire en Belgique (*Odontologie*, p. 82).

1908. L'enseignement dentaire en Espagne, en Portugal et dans l'Amérique latine, par O. AMOEDO (*Odontologie*, p. 279).

REVUE DES REVUES

DENTISTERIE PRÉVENTIVE POUR LES ENFANTS

Par Évangeline Jordon, de Los Angeles.

L'idéal de la profession dentaire doit être la prévention des maladies dentaires.

Pourquoi y a-t-il tant d'enfants qui se plaignent des dents ? Pourquoi ont-ils la face enflée ? Pourquoi sont-ils énervés ? Pourquoi se plaignent-ils des yeux, des oreilles et des amygdales ? Il faut leur faire ouvrir la bouche et examiner leurs dents, bien qu'il ne soit pas toujours possible pour un œil exercé de découvrir les états pathologiques des dents.

En étudiant la cause de la carie chez les enfants, il est souvent nécessaire de remonter au moins à une génération en arrière pour découvrir s'il y a une maladie héréditaire, si leurs parents étaient très jeunes ou très vieux. Quel était l'état de la mère pendant la gestation ? Sa santé était-elle bonne ? Travaillait-elle trop ? La mère a-t-elle eu des grossesses trop rapprochées ?

Si la situation jusqu'à la naissance a été bonne, s'inquiéter de l'histoire de la première année. L'enfant a-t-il été allaité ou élevé au biberon ?

Si l'enfant a victorieusement traversé l'enfance, recherchons plus loin les causes de la carie. La mauvaise nutrition suffisante pour amener la chute des dents temporaires peut provenir d'une des causes ci-après : végétations adénoïdes, hypertrophie des amygdales, nécessité de la circoncision, constipation chronique, coqueluche, rougeole, scarlatine.

Toutes ces causes écartées, reste la question du régime alimentaire.

A partir du moment où un enfant a toutes ses dents, la susceptibilité à la carie augmente jusqu'à la puberté. En examinant la bouche de l'enfant à l'âge de 6 ans 1/2, les premières molaires permanentes ont fait éruption. Elles ne sont pas assez loin au-dessus de la gencive pour prendre une part active à la mastication, par suite les fissures sont chargées d'un enduit épais. Cet enduit enlevé nous pouvons trouver ou non le commencement de la carie dans les fissures ; mais dans un grand nombre de cas on trouve de petites cavités buccales sur les molaires inférieures. La brosse ne semble pas atteindre ces points. Dans quelle mesure l'alimentation est-elle responsable de cet état de choses ? L'enfant consomme surtout des sucreries et des gâ-

teaux ? Ni les dents ni les mâchoires n'ont l'exercice voulu ; les gencives ne subissant pas le frottement d'aliments durs deviennent turgescentes et sont une menace pour chaque dent d'éruption récente. Il n'est pas surprenant que les dents permanentes faisant éruption dans un milieu septique soient la proie des bactéries qui n'ont pas de peine à atteindre la pulpe et à la détruire avant que la racine soit complètement formée.

Le traitement des dents des enfants doit être tout à fait différent du traitement de celles des adultes, si l'on veut obtenir de bons résultats. Les enfants étant plus habitués aux femmes, c'est à ces dernières que le traitement doit être confié.

Quand un enfant qui a plusieurs cavités dans la bouche vient chez le dentiste, ne pas faire durer la première séance trop longtemps. Les rendez-vous doivent être fort courts : 15 à 20 minutes.

Le nettoyage prend une partie des deux premières séances, à moins que l'enfant ne souffre ; alors il faut passer le temps à le soulager. Ce nettoyage demande souvent plus de deux séances si les taches sont profondes et si les fonctions du canal alimentaire sont troublées. Chaque fois je badigeonne les dents et les gencives avec de l'iode. La première, je donne des indications précises sur l'emploi de la brosse, de la poudre, du lait de magnésie, et je m'assure par la suite si mes instructions sont suivies. Faire brosser les dents à sec d'abord.

Quant aux matières à employer pour obturer les dents temporaires, le ciment et l'amalgame de cuivre suffisent. Ne pas employer l'amalgame étain-argent, parce que, dans 90 o/o des cas, il faut le remplacer, d'abord parce que, s'il est trop voisin de la pulpe, il en amène la mort et cause un abcès, ensuite parce que dans les petites cavités il y a récidive de la carie autour de l'obturation.

Dans les premières molaires permanentes, l'amalgame étain-argent est également contre-indiqué parce que l'enfance est la période la plus sujette à la carie, ensuite parce qu'on ne peut aisément appliquer la digue et qu'alors la chance de succès est réduite, enfin parce que quand l'enfant a grandi, la première molaire, qui était fort loin dans la bouche, est près du devant et que les cuspides teintés d'amalgame sont bien visibles.

Ce n'est jamais une bonne chose et il est rarement possible d'employer la digue, car les dents temporaires sont trop serrées au collet pour lui permettre de protéger une grande cavité proximale et ces cavités sont en majorité. Sachant donc que nous devons nous contenter de serviettes et de rouleaux, il faut employer des matières n'exigeant pas une siccité absolue pendant longtemps.

L'amalgame de cuivre a de grands avantages, malgré sa couleur, qui n'a pas grande importance pour les dents temporaires. Il peut être mis au milieu de la salive et donne d'excellents résultats. Il

exige peu de rétention et a un excellent effet sur la substance de la dent. Il prend, il est vrai, si lentement qu'il empêche de manger quelque chose de dur le même jour et qu'il s'use avec le temps. Malgré cela, aucune matière ne conservera aussi bien la dent avec aussi peu de peine. Le ciment au cuivre est excellent pour les dents temporaires avec de grandes cavités proximales trop sensibles pour permettre des points et des rainures de rétention. Si la cavité est suffisamment séchée et si la chaleur est employée pour durcir l'obturation, le résultat est souvent très bon.

Après une expérience de plusieurs années, je suis arrivé à la conclusion que l'acide arsénieux est ce qu'il y a de mieux pour dévitaliser la pulpe. L'anesthésie par pression donne souvent des succès, mais comme la digue ne peut être appliquée, la cocaïne peut venir en contact avec la gencive, ou les bactéries de la cavité qui ne peut être stérilisée peuvent être portées dans les canaux radiculaires avec la cocaïne. Il peut en résulter une inflammation qui dure deux ou trois jours.

Technique de l'emploi de l'acide arsénieux. Laver la cavité et décongestionner la pulpe. S'il y a douleur la nuit, mettre un pansement phéniqué pour un jour ou deux. La pulpe prête pour la dévitalisation, mélanger une portion de pâte arsenicale S. S. White plus petite qu'une tête d'épingle avec le double de cocaïne. Si possible, appliquer avec un tire-nerf sur la pulpe. Si la partie exposée est petite et la dent sensible, plonger une boulette de coton gros comme une tête d'épingle dans le mélange et l'appliquer. Avant l'application, avoir le ciment tout prêt à être mélangé, puis placer des rouleaux de coton ou une serviette, ainsi que la pompe à salive et détourner l'attention de l'enfant en lui racontant une histoire. Introduire l'arsenic, puis assez de coton pour remplir la moitié de la cavité, sceller au ciment, en ayant soin de remplir le bord cervical et de fouler le ciment contre la dent adjacente par le premier mouvement. Si l'opérateur a quelque crainte, commencer par badigeonner la gencive avec de l'iode quand l'obturation est en place ou, si la paroi cervicale de la dent est brisée, badigeonner et sécher la gencive avant d'appliquer l'arsenic. Laisser le pansement vingt-quatre heures seulement dans la cavité, puis ouvrir la cavité et laver abondamment. Nettoyer les bords et la cavité avec quelques tours d'une large fraise, puis laver abondamment avant d'enlever la pulpe. Ouvrir la chambre pulpaire avec une fraise stérilisée et amputer la pulpe. Sécher la cavité, la panser et sceller avec de la gutta qu'on laisse deux ou trois jours. Obturer la chambre pulpaire avec de la pâte de Söderberg modifiée, c'est-à-dire parties égales d'alun, de glycérine, de thymol avec du phosphate de chaux précipité. La formule de Söderberg contient de l'oxyde de zinc ; mais celui-ci pouvant renfermer des traces d'arsenic, est

remplacé par du phosphate de chaux. Sceller pour deux ou trois jours à la gutta, puis enlever une partie de celle-ci et obturer à l'amalgame de cuivre, ne pas se servir de tire-nerf dans le canal radiculaire car les racines sont sans doute partiellement résorbées. J'emploie ce procédé dans tous les cas d'exposition, quel que soit le jeune âge de l'enfant.

Il est très difficile de raisonner avec les enfants au-dessous de 4 ans ; il faut donc opérer sans avoir égard à leurs cris. Dans ce cas, la mère s'assied dans le fauteuil, surveillant ses mains et ses pieds. Après avoir mis un dé à l'annulaire de ma main gauche, j'ouvre avec ce dé les mâchoires et je maintiens la tête avec l'appui-main. A cet âge les enfants peuvent être amusés par des contes.

Toutes sortes de choses sont nécessaires pour attirer l'attention des enfants pendant l'opération. Un de mes moyens qui eut le plus de succès c'est une collection de pantins et d'animaux en celluloïd qui ont l'air de nager dans le bassin tournant du crachoir. S'il y a beaucoup à travailler, je ne mets pas tous les pantins le premier jour. Un dentiste pour enfants doit savoir une série d'histoires en prose ou en vers qu'il puisse réciter sans effort. Le silence est nuisible avec les enfants. En traitant les enfants depuis l'âge de 4 ans jusqu'au moment où l'enfance est passée, rien n'est plus utile qu'un récit rythmé fait par l'opérateur. Cela détourne l'attention de l'enfant du travail qu'on fait, régularise son afflux salivaire et fait tenir sa langue tranquille.

Les dentistes désireux que leurs filles ou leurs sœurs apprennent leur art feront bien de les faire séjourner quelque temps dans une école enfantine comme adjointes, puis de les envoyer à l'école dentaire. Puis qu'elles se consacrent à la dentisterie préventive pour enfants, au besoin dans plusieurs cabinets. Le praticien pourra ainsi tout en économisant son temps satisfaire aux demandes qui lui seront faites.

(Dent. Cosm.)

OBTURATION DES CAVITÉS PROXIMALES DES BICUSPIDES ET MOLAIRES

Par O. L. Hertig, de Pittsburg.

Les points de récidive de la carie dans les obturations proximo-occlusales sont presque invariablement situées au bord gingival, surtout à l'angle bucco-gingival et à l'angle linguo-gingival. Le nombre des échecs en ce point est extraordinairement considérable.

Quelles en sont les causes ? 1° Un contour du tiers gingival de la cavité insuffisamment taillé ; 2° des parois insuffisamment taillées et

en relations impropres entre elles; 3° la nature de la matière employée et le procédé usité pour l'introduire.

L'opérateur établit le contour d'une obturation exactement ou inexactement. S'il fixe les limites de la cavité dans des surfaces propres ou qui se nettoient d'elles-mêmes, et où le frottement des aliments pendant la mastication empêche la formation de plaques bactériennes, il a raison; sinon il a tort.

Où doit être placé le contour du tiers gingival de la cavité ? Comme le frottement des aliments pendant la mastication ne peut pas maintenir propre le bord gingival en raison de sa position, ce bord est, si possible, placé au-dessous de la gencive, sur une surface qui est toujours propre. Mais ce n'est pas tout. Ce contour doit avoir une suffisante étendue bucco-linguale pour atteindre les angles de la dent, en faisant une ligne presque droite entre eux et en joignant les bords linguaux et buccaux, qui sont parallèles pour une courbe accentuée. Cet allongement de la paroi gingivale bucco-lingualement est très important, car il amène l'obturation aux angles buccaux et linguaux, ce qui fait disparaître les points faibles.

Bien entendu s'il y a un retrait considérable, il est impossible de poser un bord sous la gencive. Dans ce cas, on taille le tissu sain et l'on compte sur le nitrate d'argent et la prophylaxie ainsi que l'immunité acquise.

Mais malgré cette immunité due à l'action des fluides buccaux et qui se présente souvent, il faut prendre ses précautions pour éviter le retour de la carie et concentrer toute notre habileté et notre préoccupation autour du tiers gingival.

Ce qui a de l'importance après la délimitation de cette partie de la cavité, c'est la forme des parois et leurs rapports entre elles. La paroi gingivale, qui est le siège de l'obturation, doit être plate et aussi grande que la sécurité de la pulpe peut le permettre. Elle doit joindre la paroi axiale à angle droit.

Les parois buccale et linguale doivent être parallèles et joindre les parois gingivale et axiale à angles droits, formant à chaque extrémité de la paroi gingivale un coin analogue à celui d'une boîte. Il est très facile de placer dans ces coins une obturation qui ne se déplace jamais. Quand les parois dentinaires sont ainsi taillées, on peut condenser l'or si fortement contre elles qu'elles retiennent l'obturation avec une force difficile à concevoir et cette force ajoute merveilleusement à la stabilité de l'obturation.

Mainte obturation placée sur une surface arrondie et entourée de parois courbes ballotte légèrement quand elle est à demi achevée, et ce léger mouvement présage un insuccès. Cela ne peut se produire si l'on fait attention à l'équarrissage de la cavité, qui est sans danger pour la pulpe. Si la cavité est taillée ainsi, les rainures sont inutiles.

Une obturation dont la configuration est faite pour résister aux récidives de la carie, dont la base est carrée et dont les parois sont taillées pour lui donner de la résistance à l'effort normal, durera jusqu'à la vieillesse.

Certes la configuration donnée aux cavités proximo-occlusales augmente la difficulté de placer l'obturation et exige plus de temps et de matière, mais le résultat en vaut la peine.

Arrivons au troisième élément : la matière employée pour l'obturation et le procédé employé pour l'introduire.

L'or cohésif, en raison de sa difficulté d'adaptation, est contre-indiqué.

J'obture le tiers gingival de toutes ses cavités disto-proximo-occlusales avec de l'étain et les cavités mésio-proximo-occlusales avec de l'or non cohésif. Voici mon procédé.

J'ajuste une matrice d'acier mince autour de la dent et je la maintiens en place avec un coin introduit du côté lingual. Ce coin doit maintenir la matrice contre la dent juste assez pour empêcher de passer un petit fouloir. L'élasticité de l'acier permettra de placer un excès d'obturation suffisant sur le bord pour donner un beau fini.

Quand on emploie l'étain ou l'or non cohésif, la restauration de la 4e paroi est tout aussi nécessaire qu'avec l'usage de l'amalgame. Rouler une 1/2 feuille d'étain en feuille n° 4 en forme de cordelette en serrant, pour donner un peu de résistance et engager une des extrémités dans un des angles de la cavité. Elle est maintenue en place tandis qu'on porte et tasse l'étain dans l'autre angle. On replie la corde sur elle-même et on la porte dans l'angle formé par la matrice et la paroi gingivale, en même temps qu'on l'adapte à l'angle axio-ginvival. Trois ou quatre plis donnent à la matière une épaisseur suffisante. On martèle l'étain pour le faire pénétrer dans chaque angle. Le fouloir employé doit avoir une face large avec des serrations peu profondes.

On insère alors des bandes d'or recuit (des feuilles épaisses de préférence), à l'aide d'un petit fouloir à main à serrations profondes, dans la surface de l'étain. Quand une couche solide a été introduite ainsi contre les parois de la cavité et la matrice, on peut se servir du maillet pour compléter l'obturation. Quand on a atteint le point de contact avec l'autre dent et que l'obturation est prête à être portée sur l'échelon, on tourne la matrice en arrière pour laisser bien visibles tous les bords.

Les propriétés conservatrices de l'étain sont bien connues et l'enlèvement du surplus s'opère sans la dilacération de la gencive qui accompagne le façonnage de l'excès d'or cohésif.

L'or non cohésif pour le 1/3 gingival exige presque la même mani-

pulation que l'étain et est indiqué pour la portion gingivale des cavités mésio-proximo-occlusales où l'étain aurait des inconvénients en raison de sa couleur.

La matrice d'acier est ajustée et façonnée comme il a été dit. Une feuille d'or non cohésif n° 4, ou moins suivant le cas, est pliée et repliée en bande étroite ; cette bande est pliée un certain nombre de fois, de façon à former un coussin convenable, assez large pour avoir besoin d'être tassé avant d'être placé sur la paroi gingivale. Une fois placé, l'or est condensé partiellement avec un fouloir à face large, mais à serrations peu profondes ; seul l'angle formé par la matrice et les parois contre lesquelles il est placé a besoin d'une manipulation complète.

On tasse l'or cohésif dans l'angle de la cavité, en forçant la couche d'or non cohésive partiellement condensée en avant dans le coin le plus éloigné.

Le finissage du bord gingival de cette obturation est très aisé.

L'inlay d'or proximo-occlusal a beaucoup d'échecs à son actif.

Le point faible de l'inlay c'est son bord gingival. Chaque autre portion peut être polie, brunie et presque réadaptée dans la bouche.

Le procédé suivant qui est le mien mérite d'être suivi. On délimite la cavité proximo-occlusale suivant les règles de la préparation exacte des cavités, on applique la matrice et l'on recouvre la paroi gingivale d'une couche épaisse d'amalgame ; on polit convenablement après durcissement et l'on fait l'inlay.

(*Dental Cosmos*, février 1911.)

OBTURATION DE PORCELAINE PERFECTIONNÉE AVEC LE MINIMUM DE REVÊTEMENT AU CIMENT

Par F.-H. Nies, de Brooklyn.

La confection d'un inlay de porcelaine sans matrice métallique (d'or ou de platine) est une simplification considérable.

Le procédé qui consiste à brunir la feuille d'or ou de platine directement dans la cavité est ennuyeux pour l'opérateur et le patient ; la matrice s'use quand elle est en place ; on n'a pas la certitude qu'elle soit exactement adaptée à toutes les parties, enfin elle se froisse, elle cède à la pression exercée par la contraction de la porcelaine coulée.

Le procédé qui consiste à estamper dans un modèle de la cavité en

amalgame, en spence ou en métal de Mellotte obtenu par la méthode de l'empreinte est moins fatigant, mais ne corrige pas les défauts du premier procédé. Il y a la contraction de la cire avec des cavités plus petites dans les poinçons, la contraction de ceux-ci, l'espace occupé par la matrice, enfin l'expansion de celle-ci quand on chauffe. En admettant qu'aucun de ces inconvénients ne se soit produit, la matrice, quand elle a quitté le poinçon, est encore froissée pendant la fusion et la contraction de la porcelaine.

L'estampage de la cavité ne corrige pas ces défauts, car s'il rend possible l'adaptation plus exacte de l'inlay, en raison de la feuille plus épaisse qu'il permet d'employer (l'épaisseur ne jouant aucun rôle à cet égard, la matrice plus épaisse offrant une résistance plus forte mais insuffisante au rétrécissement de la porcelaine), il n'empêche pas la matrice métallique d'être froissée pendant la fusion. L'avantage de l'estampage sur la cavité est quelquefois perdu par les changements nombreux pour fixer le modèle ou pour estamper. L'estampage doit se faire sur la première empreinte de la cavité, prise à l'oxyphosphate ou au cuivre, si possible.

Que la matrice métallique soit brunie directement dans la cavité ou estampée dedans ou dessus, que les poinçons soient faits par le procédé de l'empreinte, le défaut du froissage se produit dans les deux méthodes. La matrice d'or investie n'a pas d'avantage sur la matrice de platine non investie, quant au froissage. Le procédé de Price, qui consiste à brunir le platine ou la feuille d'or sur un modèle de pierre et à faire cuire dans la matrice une fois en place sur le modèle, présente le défaut capital d'une matrice froissée, dû à la contraction de la porcelaine fondue pendant le refroidissement. Aucun des investissements fournis dans ce but ne peut défendre la feuille délicate contre la tension de la porcelaine qui se froisse.

Toute matrice de métal prend une quantité d'espace appréciable variant de 0 mm. 048 à 0 mm. 024, c'est-à-dire d'un inlay trop petit de cette quantité et d'une ligne de ciment de cette épaisseur pour prendre sa place, ce qui gâte souvent la beauté de ce travail. Il y a également la déformation causée par l'expansion de l'or et du platine eux-mêmes. Cela peut contribuer à ce que l'inlay s'adapte mal.

Pour que l'ajustement soit parfait, il faut que les bords de l'inlay de porcelaine dépassent le contour de la surface naturelle de la dent, de façon que quand la feuille de matrice est enlevée, l'inlay s'abaisse et aille bien. Si le contour était fait de niveau avec la surface de la dent avant l'enlèvement de la feuille, il descendrait au-dessous de cette surface après l'enlèvement de la feuille ; ou s'il était posé, il serait seulement au centre et il y aurait une pointe de ciment. La différence entre les diamètres de la surface pulpaire et de la surface extérieure

pourraient également provoquer un rétrécissement d'une manière inégale.

Il faut une matrice exempte des inconvénients qu'offre la matrice de métal, qui prenne une empreinte bien nette, qui résiste à la forte chaleur d'une porcelaine à haute fusion et conserve sa forme à cette chaleur sans se froisser, qui se dilate légèrement quand elle prend et ne se contracte pas et ne devienne pas poreuse en séchant, qui présente une surface unie, qui ne se vitrifie pas ou ne fonde pas à une forte température, avec parois dures et assez fortes pour résister à la tension de la porcelaine se rétractant quand elle se refroidit et qui, finalement, quand l'inlay est cuit, puisse être décomposée en laissant dégager l'inlay de son investissement.

La matrice de porcelaine que je vous présente possède toutes ces qualités.

Pour faire un inlay avec cette matrice on commence par séparer les dents pour avoir assez d'espace pour opérer. On prend une bande de maillechort ou de celluloïd de la largeur de la dent et de 120 mm. de long. On en réunit les extrémités et l'on met à sa base un morceau de caoutchouc mou. On rapproche les parois de la bande, on l'introduit entre les dents à obturer, l'extrémité chargée du côté lingual, puis on tire fortement contre ces faces des dents, pour la mouler. On la retire pendant la préparation de la cavité. Isoler la dent avec la digue.

J'emploie le chlorure d'éthyle dans des tubes de métal, mais auparavant j'abaisse graduellement la température de la dent en refroidissant légèrement avec un tampon de coton, plongé dans l'éther, placé dans la cavité et évaporé par un jet d'air comprimé à haute pression. Le tube de chlorure d'éthyle qui, dans l'intervalle, a été chauffé avec précaution pour pouvoir être tenu dans la main, est alors ouvert et le jet est lancé par intermittence sur la pointe de la dent, en le dirigeant graduellement vers le collet. La pulpe semble se contracter sous ce traitement et n'est pas lésée. J'emploie ce traitement depuis des années et jamais il n'a détruit de pulpe ; il ne dure qu'une minute. Insensibiliser, car c'est nécessaire pour tailler profondément de façon à obtenir une rétention convenable.

On prépare la cavité avec des fraises, des pierres et des disques à polir, en servant d'une loupe stéréoscopique, qui centralise la vision des deux yeux sur un seul point et qu'on peut mettre sur des lunettes. Puis on pratique une petite dépression, qui, reproduite dans la matrice, laisse sur l'inlay une petite papille qui sert de guide pour la placer. Badigeonner la cavité avec un pinceau en poil de chameau plongé dans de la vaseline blanche pure. Quand il y a beaucoup de salive, cette opération est inutile.

On prend l'empreinte sans porte-empreinte, avec une cire spéciale,

épaisse, non élastique, de contraction légère, contraction aisément corrigée par l'expansion qui se produit quand on réchauffe l'empreinte jusqu'à la température où elle est maniable. Elle ne donne aucun résidu et a un point de fusion élevé.

Ce point de fusion élevé est nécessaire, car il diminue les chances de déformation qui se produisent souvent avec les cires dont le point est bas.

On prend un petit morceau de cire, un peu plus gros que la cavité, qu'on amollit dans un petit bol d'eau chaude, tout près de la figure du patient. On pousse la cire avec les doigts dans la cavité préparée, en se servant d'une lame d'acier analogue à une bêche, qu'on passe entre les dents pour presser et pour séparer ; on introduit alors la bande de maillechort ou celluloïd préparée préalablement pour cela, qu'on tire fortement contre la cire et, avec une forte pression latérale on pousse la cire dans la cavité, en faisant en même temps le contour de la dent. Si le morceau est trop gros, on enlève l'excès avec un iustrument tranchant, en chauffant toujours la cire avec une serviette chaude pour l'amollir. Avec une pression à angle droit on obtient une parfaite adaptation de la cire à empreinte aux bords, en se servant de préférence de coupes, faites pour chaque cas, en platinoïde du 28, 30 ou 35 de la jauge.

L'emploi des composés à modeler n'est pas pratique avec la matrice de porcelaine, parce que cette matrice met du temps à prendre et est durcie par la chaleur. Beaucoup de ces composés, qui contiennent du vernis avec du blanc comme base, enflent et forment des gaz quand on les chauffe, ce qui déforme l'empreinte et la met hors de service avant que la matrice ait eu le temps de prendre.

On peut prendre une belle empreinte aussi avec les oxyphosphates. Avant d'introduire le ciment dans la cavité, faire des essais de retrait avec le composé à modeler. On enduit de vaseline la cavité et l'on introduit le ciment dans la cavité avec des instruments plongés dans l'alcool. Retirer l'empreinte dès qu'elle est suffisamment dure pour être maniée. Un avantage de cette matière, c'est qu'elle peut être fracturée pour un retrait et plus tard raccommodée avec un peu de ciment.

Quand cela est possible, il est bon de prendre l'articulation et l'empreinte ensemble.

Quand il s'agit d'empreintes à la cire, opérer sans coupes pour supporter les bords fragiles de l'empreinte en l'incorporant dans une pièce de cire amollie dont le point de fusion est inférieur à celui de la pièce à investir. Cela est nécessaire pour empêcher ces empreintes minces d'être absorbées et de disparaître au-dessous de la surface de la composition. Sous le contrôle d'un thermomètre, placer l'empreinte près d'un four et chauffer à la température à laquelle elle

était quand elle a été introduite dans la cavité. Cette température est indiquée par un thermomètre à bain, plongé dans la même coupe que la cire. Une lecture suffit pour toute la boîte de cire. Les empreintes à la cire n'ont pas besoin de traitement. Les empreintes au ciment sont couvertes d'une solution de gutta pour empêcher l'action chimique entre la matière à matrice et la matière à empreinte.

On abandonne alors la matrice de métal pour la matrice de porcelaine, ainsi nommée parce qu'elle se compose de silicate d'alumine, d'alumine et de chaux à l'état libre, qui, avec l'acide phosphorique forment des phosphates d'alumine et de chaux, lesquels donnent à ce mélange des qualités de prise. La différence entre cette matière et la porcelaine consiste dans l'absence de feldspath et de fondants, incorporés à la porcelaine pour augmenter sa fusibilité : carbonate de soude, de potasse, borate de soude ou verre. Ces fondants seraient fatals à la matrice de porcelaine, parce que leur présence ferait vitrifier ou fondre les agrégats qui entrent dans sa composition et les revêtirait d'un vernis insoluble, de sorte que le mélange décomposant pénétrerait difficilement dans les intervalles entre les atomes de la matrice pour la désagréger. Les phosphates de chaux et d'alumine, lentement solubles dans le mélange décomposant seraient protégés par le revêtement, resteraient intacts et l'on ne pourrait dégager l'inlay.

Les poudres de matrice sont finement meulées, mélangées en justes proportions et chauffées au rouge blanc pour chasser l'eau, puis combinées. La masse est alors finement meulée en poudre impalpable et est prête à être mélangée avec de l'acide phosphorique dilué.

On met sur un verre la poudre et le liquide, en les mélangeant complètement avec une spatule d'os, de verre ou d'or, jusqu'à consistance épaisse. On trempe un pinceau mince dans ce mélange pour en badigeonner l'empreinte, jusqu'à ce qu'elle en soit revêtue. Epaissir le mélange et remplir l'empreinte avec le mélange épais. Envelopper l'empreinte dans du papier buvard et presser le mélange contre l'empreinte. Laisser dans cet état quelques heures pour prendre, puis placer près d'une source de chaleur et laisser sécher pendant quelques heures.

Pour le séchage il importe d'avoir une cire qui fonde à une haute température, car on peut employer une chaleur plus forte et par suite la matière adhère mieux. Mettre l'empreinte coulée sur un poêle et chauffer graduellement pour brûler la cire, jusqu'à ce que le modèle ait durci. Laisser refroidir la matrice et, si elle est trop épaisse la meuler sur une roue de carborundum. En meulant aussi fin que possible, le mélange décomposant à moins de matière à pénétrer quand on dégage l'inlay ; plus il est mince, plus la chaleur pénètre rapidement la

matrice et fond la porcelaine. Dans les porcelaines dont le point de fusion est bas, le meulage a l'avantage de permettre de former la base et l'on peut faire couler la porcelaine où l'on veut.

Le modèle froid, on badigeonne la surface extérieure jusqu'aux bords marginaux de la cavité avec un pinceau fin en poil de chameau trempé dans une solution de gutta, faite de gomme Balata, dont la résine a été enlevée par le lavage habituel, puis dissoute dans du bisulfite de carbone, lavée dans l'acétone, filtrée et redissoute dans le chloroforme. Cette gutta gonfle sous la chaleur et si, en remplissant la matrice, de la porcelaine non fondue s'étend sous les bords de la cavité, la gutta la déloge et empêche l'adhérence à l'extérieur du modèle. Après chaque cuisson revernir la surface extérieure du modèle.

Il s'agit alors de remplir la matrice avec de la porcelaine ; quelque procédé qu'on emploie, il faut que la première couche en contact direct avec elle soit d'abord fondue ou vernie.

Il faut que le moule soit graduellement et complètement chauffé. La porcelaine est fondue en recevant sa chaleur du contact avec les parois de la matrice plutôt que d'un fourneau agissant directement sur elle. Si le moule n'a pas été convenablement chauffé, la porcelaine a une tendance à se gonfler et à quitter les bords de la cavité, ce qui oblige à obturér entre l'inlay et la matrice, ce qu'il faut éviter. S'il a été convenablement chauffé, la porcelaine a tendance à y adhérer et à s'adapter parfaitement aux faces de la cavité. Pour obtenir ce résultat un couvercle d'argile est absolument nécessaire pour couvrir la matrice pendant la cuisson, car il empêche l'action directe sur la porcelaine et permet de retenir la fusion de celle-ci jusqu'à ce que la matrice soit convenablement chauffée. Dans les contours étendus ou les grandes cavités, une pellicule mince de porcelaine cuite doit d'abord couvrir le modèle ; puis les extrémités cervicales et incisives sont obturées et cuites, l'espace qui se produit étant rempli plus tard. La porcelaine ainsi remplie ne se rétrécit pas en s'écartant des surfaces intérieures du modèle, mais elle y adhère au contraire avec ténacité, de sorte qu'il y a un rétrécissement, ce n'est pas au point de contact de l'inlay avec les parois de la cavité, mais dans l'intérieur qui est rempli plus tard. Comme on chauffe graduellement, le refroidissement est graduel. On ajoute alors de la porcelaine avec la brosse et la spatule, en la pressant et la façonnant avec les doigts et avec du papier buvard. L'adjonction de gomme mélangée à l'eau qui sert à humecter la porcelaine est un grand adjuvant avec des corps fondant à haute et à moyenne température, à moyenne surtout parce qu'il n'y a pas de fentes à craindre par contraction avec ces corps, tandis qu'il y en a avec les porcelaines à fusion lente, à moins que la cavité ne soit presque remplie de quartz. Si les parois de la matrice de métal

tenaient ferme, les fentes seraient communes ainsi dans ce genre d'inlay. Les porcelaines à haute fusion contiennent une forte proportion de silex et de kaolin, matières constantes, quand on ajoute la compression, la force et la stabilité. Ces porcelaines se contractant moins que la porcelaine à basse fusion, il s'ensuit qu'en employant les premières on fait des inlays plus parfaits qu'avec la seconde.

La pièce ayant été transformée en biscuit par contraction, il faut tenir compte que la nuance choisie deviendra plus claire par suite des cuissons répétées ; il faut donc choisir une porcelaine plus foncée que la dent, du moins pour les cavités labiales, mais non pour les cavités proximales, où la teinte ne doit jamais être plus foncée que la dent dans la bouche, parce que quand elle est exactement assortie dans cette situation elle paraît plus foncée que la dent ; elle doit être légèrement plus claire.

On passe alors au façonnage et au contour au moyen du disque de carborundum n° 00 qui coupe bien et ne fait pas d'encoches à l'inlay. Si dans la cuisson finale on n'obtient pas la teinte exacte recherchée, le vernis peut être meulé avec le même disque n° 00 et l'on applique alors une meilleure teinte de porcelaine. L'inlay peut aussi être enlevé de la matrice, usagé dans la bouche, réinvesti et finalement verni ; mais cela prend du temps. Aucune porcelaine n'ayant de point de fusion déterminé, il faut chauffer graduellement. Le chauffage complet du modèle doit toujours être opéré avant qu'on atteigne le point élevé du biscuit.

Pour faire un moule de matrice à couler dans les empreintes de composé à modeler pour former des modèles de matrice à employer avec des porcelaines à basse fusion je me sers du ciment à l'oxyphosphate que nous connaissons tous, mélangé à la manière ordinaire et travaillé dans le composé à empreinte couvert de papier buvard et pressé. Après la prise on le sèche lentement sur une flamme Bunsen et il est prêt à être employé. Son point de fusion est un peu au-dessus de 1040°, avec une légère différence suivant les ciments. Les porcelaines à basse fusion n'ayant pas de point de fusion fixe, on peut les vernir en les chauffant lentement à environ 980°. Le composé à empreinte doit être dilaté avant de servir à contrebalancer le retrait. En mélangeant le ciment, incorporer autant de poudre qu'il est possible. Je me suis servi de Harvard, d'Ash et fils C. A. S. Vyvex et Ames. Cette matière convient bien, donne un inlay magnifique et économise beaucoup de temps ; mais sa rétraction et le danger de fondre qu'elle présente quand on n'a pas de pyromètre offrent des inconvénients.

Il s'agit maintenant qu'on a une obturation cuite dans un moule beaucoup plus dur que la porcelaine de l'enlever en toute sécurité.

Après bien des essais j'ai trouvé ce qui convient pour dégager mon

moule, c'est une solution de 1 partie d'acide chlorhydrique pour 4 parties d'eau. On place alors l'inlay, revêtu de cire ou de gutta dans un flacon d'acide chlorhydrique dilué et on l'y laisse toute la nuit. Si l'on est pressé on peut hâter la séparation en chauffant. Se servir d'un tuyau pour faire dégager la fumée. Même avec cette solution faible, il faut que l'inlay soit recouvert de cire fondue ou de dissolution de gutta avant l'immersion, autrement la solution acide agit sur la porcelaine et en détruit le lustre.

Il reste à nettoyer l'inlay avec de petites fraises et à le plonger dans une solution de Bonsite pour enlever toute trace de matière étrangère ; après cela il est prêt à être placé.

(Items of interest.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

(F. D. N.)

CONSULTATION SUR LA SITUATION LÉGALE DE LA SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS VIS-A-VIS DE LA F. D. N. ET SUR LES MODIFICATIONS A APPORTER AUX STATUTS DE CELLE-CI

Par M. DUCUING,

Avocat à la Cour d'appel,
Conseil judiciaire de la Société.

En vue de la prochaine réunion de l'assemblée générale de la F. D. N., conformément au référé du 6 novembre 1911, les bureaux de l'A. G. S. D. F. et de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris ont adressé le projet suivant de modifications aux statuts à l'administrateur judiciaire de la F. D. N.

Le paragraphe 2 de l'art. 12 des statuts de la F. D. N. n'a plus aujourd'hui de raison d'être.

A l'époque où cette disposition a été introduite dans les statuts de la Fédération, l'Ecole dentaire de Paris et l'Association générale des dentistes de France formaient un groupement professionnel.

Par une convention votée dans les assemblées générales de ces deux sociétés des 26 décembre 1899 et 27 janvier 1900 il avait été décidé qu'en vue d'assurer l'unité d'administration et d'orientation nécessaire au fonctionnement de leurs différents rouages elles formeraient un groupement composé de deux sections :

La 1re comprenant l'Association des dentistes de France et ses branches (Chambre syndicale, caisse de prévoyance, le journal *L'Odontologie*) ;

La 2e comprenant l'Ecole dentaire de Paris et ses dépendances (le Dispensaire, la Société d'Odontologie de Paris, la Bibliothèque et le Musée).

Ce groupement, dans l'intention commune des parties, devait être si intime que tous les membres admis par l'une des deux sections étaient membres du Groupement tout entier et que toute mesure d'exclusion devait être prise en commun.

On ne tarda pas à reconnaître que cettre convention se heurtait à des difficultés juridiques très graves. Elle fut profondément modifiée par les assemblées générales des deux sociétés du 15 janvier 1910 et du 7 février 1911.

La convention nouvelle supprime le groupement. Elle se contente

de stipuler que l'Ecole dentaire met à la disposition de l'Association les locaux et le personnel nécessaire à ses services administratifs et l'autorise à fixer son siège social dans ces locaux et qu'elle accorde à tous les membres de l'Association le droit de fréquenter la bibliothèque et le Musée, ainsi que d'assister aux séances de la réunion scientifique désignée par elle sous le nom de Sociétés d'Odontologie de Paris et plus généralement celui de jouir de tous les avantages accordés à ses membres par l'Ecole dentaire, à la condition que les services d'enseignement et d'assistance n'en souffrent pas. En échange de ces avantages, l'Association s'engage à payer à l'Ecole une rétribution annuelle calculée à raison de 15 o/o des cotisations de ses membres effectivement payées et à faire profiter les membres de l'Ecole des avantages d'ordre professionnel qu'elle assure à ses membres dans la limite de ses statuts et de ses règlements.

Les autres articles de la convention sont relatifs à la publication à frais commun du journal *L'Odontologie* dont la propriété reste à l'Association.

En vertu de cette nouvelle convention les deux sociétés gardent une existence indépendante et distincte. L'admission et l'exclusion de leurs membres notamment sont régies par leurs statuts propres, leur administration est séparée, leur composition peut être entièrement différente.

Du moment où ces deux sociétés constituent des personnes morales ayant une existence propre et séparée il n'est pas admissible que leurs voix dans la Fédération se confondent. On arriverait ainsi à ce résultat absurde qu'en cas de désaccord, éventualité qu'il faut toujours prévoir, elles ne pourraient plus exprimer aucun vote.

La rédaction proposée donne satisfaction :

1° A tous les intérêts légitimes, en permettant à toutes les sociétés qui constituent des personnes morales distinctes d'avoir dans la Fédération un nombre de voix proportionné à leur effectif réel ;

2° Et en interdisant l'abus qui consisterait à faire considérer comme autant d'associations distinctes les différentes branches d'une même société.

Projet de modifications aux statuts.

Art. 1er. — Dans les termes de l'art. 1er.

Il paraît inutile de mettre « et après admission » puisque toute une catégorie de sociétés sont membres de droit.

Art. 6. — « Les délégués sont nommés à raison de un par cinquante membres ou fractions de cinquante membres titulaires faisant partie de la Société. »

Cette rédaction a pour but :

1° D'imposer une règle fixe pour la nomination des délégués en supprimant les mots *au maximun ;*

2° D'empêcher l'abus qui consisterait à grossir artificiellement l'effectif de la Société en y comprenant des membres honoraires, des membres libres au moyen de l'addition du mot *titulaires.*

Art. 8. — « Ils sont accrédités par le Président de la Société qu'ils représentent. Cette nomination doit être notifiée au Comité exécutif quinze jours au moins avant la réunion de l'Assemblée générale ordinaire. Ils sont nommés pour un an, sauf modification notifiée par le Bureau de la Société au Comité exécutif. »

L'indication d'un délai pour la notification du nom des délégués comble une lacune.

Art. 10. — Ajouter au § 1er :

« La Fédération dentaire nationale, composée des délégués des diverses sociétés, se réunit en assemblée générale ordinaire chaque année, le au siège social. »

« Les convocations doivent être adressées aux présidents et aux délégués des sociétés adhérentes huit jours au moins avant la réunion de l'Assemblée générale. »

Modifier comme suit le § 2 :

« La Fédération se réunit en outre en assemblée extraordinaire toutes les fois qu'il est nécessaire sur convocation du président, soit au siège social, soit en dehors de Paris, au siège social de l'une des sociétés adhérentes, après entente entre le Comité exécutif et le président de cette société.

» Le président est tenu de réunir la Fédération en assemblée générale extraordinaire au siège social toutes les fois qu'il en est requis au moins par deux sociétés adhérentes. Dans ce cas l'assemblée doit se réunir dans le mois qui suit la date où la réquisition a été faite. Ce délai expiré, les Sociétés requérantes peuvent se pourvoir en référé pour faire ordonner d'office la convocation de l'assemblée. »

Art. 11. — L'assemblée générale, après avoir vérifié les pouvoirs de ses membres, délibère sur les propositions (le reste comme à l'ancien texte). Ajouter :

Les comptes sont vérifiés et approuvés, s'il y a lieu, sur le rapport du trésorier, dans l'assemblée générale ordinaire.

Art. 12. — Modifier comme suit le paragraphe 2 :

« Pour ces votes les groupements professionnels comprenant les différentes branches d'une même société ne comptent que pour une seule société. »

V. note justificative.

Art. 14. — « L'assemblée générale ordinaire élit un Comité exécutif dont les pouvoirs durent jusqu'à l'assemblée générale ordinaire de l'année suivante.

» Il est composé de 20 membres.

» Le vote pour la nomination du Comité exécutif a lieu par délégués. »

Il a paru nécessaire de ne pas laisser dans le vague le nombre des membres du Comité. D'autre part il a paru inutile de spécifier qu'il y aurait dans le Comité autant de membres que de sociétés adhérentes, puisque l'assemblée générale n'est pas tenue de choisir au moins un délégué dans chaque société.

Art. 15. — Il y a lieu de placer l'article 16 actuel immédiatement sous l'art. 14 et de réunir en un seul les art. 15 et 17 actuels, qui concernent le Bureau.

Art. 16 modifié comme suit (sous n° 15) :

« Le Comité exécutif admet, s'il y a lieu, dans la Fédération les sociétés dentaires qui en font la demande.

» Il exécute les décisions prises par la Fédération. Il communique aux diverses sociétés les propositions émanant de l'une d'elles, ainsi que celles dont il croit devoir prendre l'initiative. Il tient les sociétés adhérentes au courant de ses travaux.

» En cas d'urgence...... (texte ancien). »

Art. 16, anciens art. 15 et 17. — Il choisit un bureau..... (texte ancien) ajouter :

« Le président dirige les délibérations du Conseil exécutif, convoque et préside les assemblées générales.

« Le Comité peut déléguer à son Bureau une partie de ces pouvoirs. »

Art. 17, texte nouveau. — Les statuts ne contiennent aucune disposition sur les actions judiciaires. C'est une lacune qu'il paraît nécessaire de combler.

« La Fédération dentaire nationale est représentée en justice et dans tous les actes de la vie civile par son président.

» Celui-ci prend en cas d'urgence d'accord avec le Bureau toutes les mesures conservatoires. Ces mesures doivent être approuvées par le Comité exécutif dans sa plus prochaine réunion.

» Le Comité exécutif a les pouvoirs nécessaires pour intenter des instances judiciaires ou pour y défendre et pour transiger. »

Art. 18. — « Les Sociétés adhérentes versent une cotisation pour les frais d'administration ou autres de la Fédération nationale dentaire dont le montant ne doit pas être inférieur à   par an.

» Les Sociétés peuvent se retirer librement de la Fédération à condition de notifier leur résolution au Comité exécutif et d'acquitter entre les mains du trésorier les cotisations échues et la cotisation de l'année courante.

» Toute société qui se serait retirée de la Fédération pourra demander d'y être admise de nouveau. Dans ce cas le Comité exécutif statuera sur la demande. »

Art. 20, nouveau. — Il paraît nécessaire de prévoir le cas où la Fédération serait dissoute.

« La Fédération dentaire nationale pourra être dissoute dans les cas suivants :

« Si le nombre des sociétés adhérentes se trouve réduit à
soit par suite de retrait d'adhésions, soit par suite de dissolution d'une ou plusieurs de ces sociétés, soit au cas où les deux tiers de ces sociétés le requièrent.

» Cette dissolution doit être prononcée dans une assemblée générale extraordinaire, réunie comme il est dit à l'art. 10 § 2, à la majorité des deux tiers délégués présents. »

Art. 21. — « En cas de dissolution l'actif de la Fédération dentaire nationale sera remis à une œuvre d'intérêt professionnel, qui sera désignée par l'assemblée générale. »

Ducuing.

UNION FÉDÉRALE DENTAIRE NATIONALE

(U. F. D. N.)

La Commission exécutive de l'Union fédérale dentaire nationale s'est réunie le 10 mai 1912, à 9 h. du soir, chez le président M. Blatter.

Le président a rendu compte des visites faites par la délégation de l'Union, désignée le 31 mars, au ministre de l'Instruction publique, au recteur de l'Académie et au doyen de la Faculté de médecine, visites dont nous avons entretenu nos lecteurs dans le numéro du 30 avril, p. 375.

Le Commission s'est transformée en Comité de vigilance pour surveiller l'application du décret du 11 janvier 1909 en ce qui concerne l'examen de validation de stage qui, ainsi qu'on le verra plus loin, va avoir lieu, pour la première fois, le 17 juin prochain.

*
* *

Une assemblée générale de l'U. F. D. N. a eu lieu le 31 mai 1912, à 8 h. 1/2 du soir, à la mairie du 8e arrondissement de Paris, rue d'Anjou, avec l'ordre du jour suivant :

1° Correspondance ;
2° Procès-verbal du 31 mars 1912 ;
3° Décisions de la Commission exécutive du 10 mai ;
4° Exécution des décisions de l'assemblée générale du 31 mars 1912 ;
5° Résultat des démarches auprès des pouvoirs publics ;
6° Questions diverses.

Nous rendrons compte de cette réunion dans le prochain numéro.

CORRESPONDANCE

Paris, le 12 mai 1912.

A M. le Président de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris.

Monsieur le président et cher confrère,

La Société française de produits d'hygiène buccale croit devoir vous informer qu'elle porte son capital à 250.000 francs, comportant la création de 2.000 actions nouvelles afin de permettre à tous les dentistes d'en faire partie.

Bien que constituée sur des bases purement financières et scientifiques, elle n'en poursuit pas moins un but philanthropique. Elle a inscrit en effet dans ses statuts la création possible d'une caisse de retraites.

Sachant que toute question financière ou commerciale est exclue du sein de votre Société, nous tenons seulement à vous signaler le passage ayant trait à la caisse de retraites qui dans un avenir prochain pourrait, à la demande des actionnaires, donner des retraites fort intéressantes à tous les dentistes actionnaires.

Persuadés que vous voudrez bien attirer l'attention des membres de votre Société sur notre groupement, nous vous prions d'agréer, monsieur le président et cher confrère, l'assurance de nos sentiments distingués.

Pour le Conseil d'Administration.
Le président,
FERRAND.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS DE NIMES

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

(A. F. A. S.)

Section d'Odontologie.

CONGRÈS DE NÎMES — (*Août* 1912).

Lyon, le 15 mai 1912

Mon cher confrère,

L'année dernière, au Congrès de Dijon, la section d'odontologie m'a fait le grand honneur de me nommer président de la réunion qui se tiendra à Nîmes le 1er août prochain.

Bien que j'apprécie tout le prix de l'honneur qui m'est fait, je trouve la charge bien lourde pour mes faibles épaules. En effet, en nous reportant aux diverses réunions qui se sont succédé depuis le premier Congrès de l'A. F. A. S., présidé en 1901 par M. Godon, je ne vois que des confrères éminents présidant aux travaux de ces réunions.

J'aurais peut-être renoncé à la tâche si les encouragements ne m'étaient venus, précisément de ces anciens présidents de congrès, directeurs d'écoles dentaires, présidents de sociétés professionnelles, confrères éminents qui tous m'ont promis leurs concours et le fruit de leur labeur et de leur grande expérience.

Fort de cet appui, je viens demander à tous les confrères de vouloir bien assister au Congrès de Nîmes. La section est ouverte à tous les dentistes, sans distinction de groupe ou d'origine.

L'intérêt général de la profession devant dominer tous les dissentiments, toutes les divergences de vues, je fais un appel pressant aux chercheurs, aux observateurs, afin qu'ils veuillent bien nous apporter des communications scientifiques, techniques ou pratiques sur le sujet qu'il leur plaira de choisir.

Ces réunions professionnelles, où les discussions sont toujours empreintes du meilleur esprit confraternel, et dans lesquelles règne une cordiale sympathie, constituent un enseignement mutuel où chacun peut apporter son bagage clinique et pratique, si modeste que puisse le juger son auteur.

Outre les travaux de la section, des réunions se tiendront en collaboration avec d'autres sections de l'A. F. A. S. : section d'hygiène, section d'anthropologie, etc.

Je vous serai donc obligé de me faire parvenir, le plus tôt qu'il vous sera possible, votre inscription, ainsi que le titre du sujet que vous auriez l'intention de traiter.

En attendant le plaisir de vous voir à Nîmes, je vous prie, mon cher confrère, de recevoir l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Le président,
C. SOULARD.

N. B. — M. Yvrard a bien voulu accepter d'être secrétaire de la Section.

M. Pont (de Lyon), qui était de passage à Nîmes tout dernièrement, a posé les bases d'un comité local ; il nous communique la lettre suivante que lui a adressée M. Schwartz.

Nîmes, le 30 avril 1912.

Mon cher confrère,

Hier, un groupe de chirurgiens-dentistes de Nîmes : MM. Carrel, Dovenet, Durif, Reppelin et Schwartz étaient réunis.

Après l'exposé que je leur ai fait relativement à la constitution d'un comité local en vue du Congrès de l'A. F. A. S., il a été décidé de former ce comité ; M. Schwartz a été nommé président et M. Durif, secrétaire. Procès-verbal a été fait et signé par les membres présents.

Recevez, cher confrère, l'assurance de mes bons sentiments.

E. SCHWARTZ.

Cette constitution d'un comité local, dont M. Schwartz a bien voulu accepter la présidence, sera une cause de plus pour la réussite du Congrès. Grâce à cette précieuse collaboration on pourra organiser facilement non seulement des démonstrations techniques intéressantes, mais aussi quelques excursions dans la région nîmoise, qui seront un attrait de plus pour les congressistes.

Je me permets de signaler les avantages matériels qui sont offerts aux adhérents à l'A. F. A. S. :

1° Réduction sur le prix de transport, 50 % ;

2° Un volume contenant les communications de toutes les sections ;

3° Un autre volume offert gracieusement aux congressistes sur l'histoire, la littérature, le commerce, l'industrie et les arts de la région du Congrès.

Les noms des adhérents au Congrès seront publiés dans les journaux professionnels.

Prière aux auteurs de communications de bien vouloir adresser les

titres, qui seront publiés, à M. Soulard, président de la section, 8, rue de la République, à Lyon, ou à M. Yvrard, secrétaire, boulevard de la Croix-Rousse, 180, Lyon.

Nous publierons dans un prochain numéro la liste des adhérents et des communications annoncées.

*
* *

La Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris a voté une subvention de 200 francs pour l'organisation de la Section d'Odontologie de ce Congrès.

Congrès dentaire.

Un Congrès dentaire aura lieu à San Francisco en 1915 pendant l'Exposition.

BIBLIOGRAPHIE

Cours de sciences naturelles.

M. P. Ledoux, chef des travaux pratiques de bactériologie à l'Ecole dentaire de Paris, et dont l'enseignement est si apprécié de nos étudiants, vient de publier chez Félix Alcan un *Cours de sciences naturelles,* destiné aux élèves de première année de l'enseignement primaire supérieur, des candidats au brevet élémentaire et aux écoles normales.

L'ouvrage est divisé en trois parties : zoologie, botanique, géologie, subdivisées chacune en un certain nombre de chapitres fréquemment terminés par un tableau résumé et des exercices d'observation destinés à mieux graver les matières dans la mémoire de l'élève. Ecrit dans le langage clair et précis qui convient aux livres de ce genre, il compte 267 pages et 376 figures.

Ce livre, comme tous ceux de M. Ledoux, notamment comme ses *Leçons pratiques de sciences physiques et naturelles* publiées l'an dernier et que nous avons analysées dans notre numéro du 30 avril 1911, témoigne d'un grand esprit pédagogique.

Il y a lieu de féliciter M. Ledoux, qui, comme chacun sait, est également professeur au Collège Chaptal, de cette publication, conforme aux programmes du 26 juillet 1909.

Ueber neue Fortschritte in der Zahnheilkunde.

M. Wilhelm Pfaff, professeur à l'Institut dentaire de l'Université de Leipzig, vient de publier chez l'éditeur Dyk, de Leipzig, un nouvel ouvrage intitulé : *Les progrès récents en dentisterie, surtout en chirurgie et en dentisterie.* Ce 1er volume, qui sera suivi d'un second, contient 84 pages et 59 figures. Il traite notamment des fissures congénitales ou acquises de la voûte palatine, du voile du palais, des obturateurs pour nourrissons, etc.

The prevention of dental caries.

M. J. Sim Wallace, maître de conférences au London dental Hospital, vient de publier au *Dental Record* un ouvrage intitulé : *La prévention de la carie dentaire.* Ce volume, de 71 pages, est divisé en 9 chapitres, précédés d'une introduction et suivis d'une bibliographie ; il contient une planche. C'est la seconde édition. Souhaitons-lui le succès qu'a rencontré la première.

Livres reçus.

Nous avons reçu :

1° L'exposé des titres et travaux scientifiques de notre confrère M. Marcel Cavalié, de Bordeaux. C'est un ouvrage de 78 pages donnant le résumé de l'œuvre scientifique de M. Cavalié en odontologie;

2° Méthodes simples de confection de coiffes de platine avec devant de porcelaine et surfaces triturantes de porcelaine pour prémolaires et molaires (en allemand), par M. E. Wünsche, de Berlin ;

3° Rapport sur le fonctionnement de la Faculté des sciences médicales de l'Université de Buenos-Ayres pendant l'année 1910, envoyé par notre confrère M. Etchepareborda. Ce volume contient des renseignements intéressants sur le fonctionnement de l'Ecole d'Odontologie ;

4° « Dans le domaine limitrophe de la rhinologie et de la laryngologie » (en allemand), par M. Rudolf Weiser, de Vienne, brochure de 38 pages avec 6 planches.

NOUVELLES

Université de Paris — Faculté de médecine.

Année scolaire 1911-1912.

EXAMENS DE VALIDATION DE STAGE DENTAIRE.

Une session d'examens de validation de stage dentaire s'ouvrira à la Faculté de médecine de l'Université de Paris le 17 juin 1912.

I. — PIÈCES A PRODUIRE.

Les candidats produiront les certificats attestant qu'ils justifient de deux années régulières de stage. Les certificats doivent être établis sur papier timbré.

II. — CONSIGNATIONS.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, le lundi 3 et le mardi 4 juin 1912 de midi à 3 heures.

Les candidats consigneront les droits fixés par le décret du 4 novembre 1909, soit 25 francs.

Le doyen de la Faculté,
L. LANDOUZY.

Société européenne d'orthodontie.

La Société européenne d'orthodontie se réunira à Londres, à la Pentecôte, en 1913.

Exposition anglo-latine.

Une exposition anglo-latine aura lieu à Londres de juin à octobre 1912. La 5e section, division C, est consacrée à la médecine, à la chirurgie, à l'orthopédie et à l'art dentaire : elle comprendra une exposition collective des principaux livres de médecine, chirurgie, orthopédie, art dentaire.

Exposition internationale des arts du travail.

La Chambre consultative des associations ouvrières de production organise pour la période juin à octobre 1912 au Grand Palais des Champs Elysées une *Exposition internationale des arts du travail*, qui comprendra 17 groupes, subdivisés en 51 classes. Le groupe 8 (classe 34) est consacré à la chirurgie générale, au matériel sanitaire, à l'orthopédie, à l'anatomie et à l'odontologie.

Association de l'Ecole odontotechnique.

Une assemblée générale extraordinaire de l'Association de l'Ecole odontotechnique a eu lieu le 21 mai à 8 h. 1/2 du soir avec l'ordre du jour suivant :

Rapports divers du trésorier :

1° Gestion financière du 1er août au 19 décembre inclus, de l'exercice 1911-1912 ;

2° Projet de budget pour l'exercice transitoire des mois d'août et septembre 1912 ;

3° Projet de budget pour l'exercice normal 1912-1913 ;

Questions diverses.

Mariage.

Nous apprenons le mariage de notre confrère M. Georges Charbonnier, de Paris, membre de l'A. G. S. D. F., avec Mlle Marcelle Voyet, de Montluçon, célébré le 15 avril dernier.

Nous adressons nos félicitations aux jeunes époux.

Congrès des médecins scolaires de langue française.

Le premier Congrès des médecins scolaires de langue française aura lieu à Paris les 20, 21 et 22 juin 1912 sous la présidence du Ministre de l'Instruction publique.

Le banquet de la « Maison du Dentiste » et de la Corporative de chirurgie dentaire.

Les deux Associations amies : « La Maison du Dentiste », œuvre sociale d'assistance confraternelle, et la Corporative de chirurgie dentaire (Section de l'A. G.) ont décidé d'organiser un banquet commun.

Ce banquet aura lieu dans la grande salle des fêtes de la « Maison des Etudiants ». M. Doucedame, président de la commission des fêtes, membre du Comité de l'A. G., accompagné de MM. Quincerot, président de la « Maison du Dentiste », et Capuron, président de l'Union Corporative, se rendra prochainement près de M. Loubet pour lui demander de présider cette fête.

A la manufacture de Sèvres.

Le rapport récemment remis par M. Emile Bourgeois, directeur de la manufacture de Sèvres, au sous-secrétaire d'Etat aux beaux-arts expose que celle-ci a dû examiner, au cours de 1911, soixante-sept échantillons de matières diverses. Parmi celles-ci figurent des formules pour la fabrication de dents en porcelaine.

C'est sur la demande d'un fabricant de dents artificielles que Sèvres a examiné ces formules.

32e ANNÉE. N° 11 15 JUIN 1912 VOL. XLVII

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'OR ET SON BATTAGE

Par LUCIEN LEMERLE,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Bien peu de nos confrères connaissent les différentes et longues manipulations que subit un lingot d'or pour être réduit en feuilles telles que nous les employons pour faire les aurifications.

Nous pensons les intéresser en leur faisant connaître la technique du battage de l'or. Les aurificateurs verront que les plus petits détails de propreté, si nécessaires pour mener à bien une aurification, sont déjà indispensables à la confection des feuilles d'or qu'ils emploient. Nous ne pouvons mieux comparer les soins méticuleux de propreté absolue que doit avoir l'aurificateur qu'à ceux que prennent les chirurgiens pour obtenir l'asepsie au cours de leurs interventions.

La profession de batteur d'or, quoique très ancienne, forme une corporation très restreinte et assez fermée, où les tours de mains professionnels restent un peu secrets ; il est donc assez difficile aux dentistes de s'initier aux travaux des batteurs d'or.

Grâce à l'amabilité et au concours de MM. Contenau et Godart, à qui nous adressons ici tous nos remerciements, nous pouvons aujourd'hui faire connaître à nos confrères ce travail intéressant.

Nous croyons utile de faire précéder cette description de quelques notions physiques et chimiques sur l'or.

Or. — (Poids atomique : Au = 196,6). L'or est connu depuis la plus haute antiquité, car on le trouve à l'état natif. L'or natif constitue le principal minerai d'or ; les sables et les roches aurifères n'en contiennent qu'une très petite quantité et cette dissémination constitue la plus grande difficulté de son extraction.

On lave méthodiquement les roches pulvérisées et les sables : l'eau entraîne les parties les plus légères, et laisse un dépôt contenant l'or. Pour retirer l'or de ce dépôt on le traite de différentes façons. On peut le mélanger à du mercure et former ainsi un amalgame d'or. En chauffant cet amalgame, on distille le mercure : il reste l'or qui a besoin encore d'être affiné. Le second moyen de retirer l'or des boues résultant du lavage consiste à les traiter par le cyanure de potassium, ce qui donne du cyanure double d'or et de potassium, lequel peut être décomposé par le zinc qui précipite l'or.

On affine l'or en le fondant avec environ quatre fois son poids d'argent ; cet alliage est attaqué par l'acide sulfurique bouillant, qui dissout l'argent et les autres métaux étrangers et laisse l'or. L'or ainsi obtenu est lavé, séché et fondu de nouveau en présence d'une petite quantité d'azotate de potassium.

Propriétés chimiques. — L'or est inaltérable à l'air et à toutes les températures, il résiste à l'action de tous les acides, même à chaud, sauf au mélange d'acide azotique et d'acide chlorhydrique nommé eau régale. Il se combine au chlore et au brome à une température relativement assez basse, donnant un chlorure et un bromure d'or décomposés par une température plus élevée. L'or enfin forme avec le cuivre ou l'argent divers alliages utilisés dans la fabrication des monnaies, de la bijouterie et de l'orfèvrerie.

Propriétés physiques. — L'or est un métal jaune, rougeâtre, d'une haute densité, 19,5. Il fond à 1,045° et se volatilise au blanc. Il est, à l'état de pureté, le plus malléable et le plus ductile de tous les métaux. En effet par le battage on peut l'amener à l'état de feuilles n'ayant qu'un millième de millimètre d'épaisseur.

Ces feuilles d'or ainsi battues sont transparentes, et si on les observe entre deux lames de verre, on voit qu'elles laissent passer une lumière verte.

L'or n'atteint son maximum de malléabilité que lorsqu'il est chimiquement pur.

Pour l'obtenir à cet état, c'est-à-dire à 1.000/1.000, il faut le dissoudre dans l'eau régale, le précipiter, puis fondre ce précipité. Cette même opération doit être recommencée deux ou trois fois de suite pour obtenir l'or dit chimiquement pur ; il est considéré comme tel lorsqu'on l'obtient au moins à 995 millièmes.

Sa malléabilité est telle qu'à cet état de pureté 35 grammes d'or suffiraient pour faire un fil de 1.000 kilomètres de long, c'est-à-dire 1 million de mètres sur un tiers de millimètre de largeur.

La valeur d'une pièce de vingt francs peut par le battage couvrir une statue équestre. On peut arriver à superposer 1.200 de ces feuilles d'or pour obtenir une épaisseur d'un millimètre.

Sa tenacité est non moins remarquable, car un fil d'or de 64 centimètres de long sur trois cinquièmes de millimètre de diamètre peut supporter sans se rompre un poids de 8 kilogrammes.

L'or employé dans les aurifications est loin d'avoir la minceur dont nous parlons plus haut. On peut le comparer à une feuille de carton, auprès d'une feuille de papier.

Battage de l'or.

Historique. — L'art de battre l'or était bien connu des anciens ; l'histoire nous apprend que les Phéniciens et les Grecs recouvraient souvent le visage de leurs morts avec une mince feuille d'or (800 ans avant J.-C.).

D'après Pline, les Romains obtenaient 5 à 600 feuilles de quatre doigts carrés avec une once d'or, c'est-à-dire 33 grammes environ.

Ces feuilles d'or portaient le nom de *bracteæ* en opposition avec l'*aurum solidum* (or massif) ; suivant l'épaisseur des

feuilles on les appelait *prænestinæ* ou encore *questoriæ*.

On raconte que pour un seul jour dans les fêtes offertes à Tiridote, roi d'Arménie, Néron fit dorer entièrement le théâtre de Pompéï.

Nous voyons par cet exemple que l'art du battage de l'or était déjà bien connu chez les Romains.

S'ils ne poussèrent pas plus loin l'art de battre l'or, c'est qu'ils ne savaient pas l'affiner ; ils l'employaient tel qu'ils le trouvaient, c'est-à-dire impur, ce qui ôtait au métal une grande partie de sa malléabilité.

Il faut ajouter aussi qu'ils ne possédaient qu'un outillage très rudimentaire.

Ce n'est que beaucoup plus tard que progressa peu à peu cet art, qui, de nos jours, est arrivé à un haut degré de perfectionnement.

Cette industrie est cependant peu répandue ; Paris ne possède qu'une vingtaine de batteurs d'or, et leurs ateliers ne sont pas ouverts à tous ; il y règne même une sorte de secret professionnel que nous constaterons, plus tard, au sujet de l'or employé en art dentaire.

Le battage de l'or se fait actuellement par deux procédés : l'un mécanique, l'autre manuel.

Le battage par la presse hydraulique est le procédé le plus usité en Amérique.

Le battage à la main, plus employé en France, donnerait de meilleurs résultats au point de vue de la qualité des feuilles d'or ainsi obtenues.

Pendant longtemps les pays étrangers ont été tributaires de la France pour cette industrie ; aujourd'hui on fabrique de l'or battu un peu partout.

L'atelier du batteur d'or doit répondre à certaines conditions spéciales. Le sol doit être solide, recouvert de claies quadrillées, permettant de recueillir après chaque journée de travail toutes les parcelles d'or échappées à la suite des différentes manipulations que nous allons décrire.

Le batteur prend généralement un lingot de 450 grammes d'or fin. Ce lingot est martelé jusqu'à ce qu'il ait atteint

douze centimètres de longueur sur cinq ou six de large. Il passe ensuite cette bande d'or au laminage entre deux cylindres d'acier, où il obtient de cette façon, après un certain nombre de recuits, une bande d'or de quinze mètres environ.

Ce ruban est alors coupé en 160 morceaux égaux, qui prennent le nom de *quartiers*. Ces quartiers sont battus or sur or pendant un temps assez court ; ensuite ils sont placés dans un premier outil appelé *premier caucher*. Cet outil est composé de 160 feuilles de vélin ou de papier parcheminé ayant 108 millimètres de côté. Chaque rectangle d'or est séparé par une feuille de vélin. Lorsque les 160 morceaux d'or sont disposés de la sorte on place de chaque côté du *caucher* une vingtaine de feuilles de papier parcheminé, qui servent à amortir l'action des coups de marteaux. Ainsi disposé, le tout est placé dans deux fourreaux en fort parchemin servant à maintenir le *caucher* dans un ordre parfait.

Ce n'est qu'ici que commence réellement le battage qui doit s'exécuter méthodiquement sur un bloc de marbre de vingt-cinq centimètres de côté, enveloppé sur ses quatre faces verticales par des planchettes débordant de 10 centimètres le niveau du bloc, de façon à retenir tous les déchets de ce premier battage.

Ce premier *caucher* est battu en le retournant de temps en temps, et en allant toujours du centre à la périphérie, avec un marteau à manche très court et pesant 6 à 7 kilos et dont la panne circulaire est légèrement convexe et présente 12 à 13 centimètres de diamètre.

Pendant ce premier battage, l'ouvrier *défourrera le caucher* plusieurs fois, c'est-à-dire qu'il examinera si chaque feuille d'or s'étend bien également entre les feuilles de vélin et s'il ne se forme pas de fissures, et il ôtera enfin toutes les feuilles qui ne rempliront pas les conditions voulues. Le battage continue jusqu'à ce que chaque feuille ou *quartier* ait atteint la superficie de la feuille de vélin, à ce moment seulement sera accomplie la première partie de l'opération.

L'ouvrier retire ensuite toutes les feuilles d'or du *caucher,* il les réunit et leur poids est contrôlé.

On divise alors les 160 feuilles du premier caucher en deux parts, soit 80 pièces.

Chacune de ces pièces est coupée ensuite avec un couteau émoussé en quatre parties égales donnant 320 *quartiers* qui servent à remplir deux nouveaux outils semblables aux premiers et appelés *deuxièmes cauchers.* Ils sont formés chacun de 320 feuilles de papier parcheminé.

On procède ensuite au dégrossissage, qui consiste en un battage nouveau et toujours méthodique.

Chacun des *cauchers* contient 210 grammes d'or, c'est-à-dire la moitié des 420 grammes d'or du *premier caucher.*

Après un travail d'une demi-heure environ, le batteur a chassé de son outil à peu près 35 grammes d'or et les 320 feuilles rendues au bureau représentent 175 grammes.

Les 320 *quartiers* sont ensuite posés un à un sur un coussin de cuir et on les divise en quatre parties égales à l'aide d'un couteau à lame mince et étroite appelé couteau de doreur.

On obtient ainsi 1.280 petits *quartiers*, qui sont placés séparément dans d'autres outils nommés *chaudrets* composés de 300 feuilles de baudruche préparée spécialement pour les batteurs d'or. Avant de se servir de cette baudruche, on doit la dégraisser parfaitement, c'est ce que les ouvriers appellent *suer* ou *avouer.*

Pour obtenir ce dégraissage, on place quelquefois les feuilles de baudruche entre des feuilles de papier non collé et on bat le tout à coups de marteau ; mais il est préférable de saupoudrer chaque feuille de baudruche de craie réduite en poudre impalpable, d'en former ainsi un paquet et de compresser le tout à une chaleur modérée : la craie absorbe la graisse beaucoup mieux que le papier buvard.

Quand la membrane a été dégraissée, on y passe une couche d'un liquide composé de colle de poisson, de clous de girofle, de poivre blanc, de cannelle et de muscade.

Un chaudret ainsi préparé revient à deux cents francs environ et dure au minimum cinq ans.

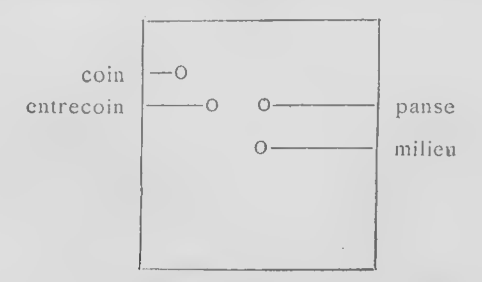
Dans le travail du *chaudret*, qui dure environ une heure, le batteur doit chasser de son outil environ 40 grammes d'or, ce qui réduit à 270 grammes le poids du lingot primitif. Chaque *chaudret* contient donc 135 grammes. Cette dernière opération termine le travail du dégrossissage.

Les feuilles d'or retirées du *chaudret* sont coupées pour la troisième et dernière fois en quatre parties égales qui sont destinées à remplir quatre nouveaux et derniers outils appelés *moules*. La *moule*, est comme le *chaudret*, composée de baudruche et contient de 1.200 à 1.250 feuillets. Son prix est de 250 francs environ et, comme le *chaudret*, elle peut fournir un service moyen de cinq années.

Le battage de l'or avec ce dernier outil est le plus important et le plus long. Il dure en moyenne trois heures et se divise en deux parties : l'*arrondissage* et le *finissage*.

L'*arrondissage* se fait au moyen d'un marteau léger et rond pesant environ 3 k. 500 et dont les coups sont appliqués de façon à augmenter la superficie du *quartier* d'or et à lui faire gagner sur les 4 à 5 centimètres qu'il a au début les 9 ou 10 qu'il doit atteindre après l'*arrondissage*.

Le *finissage* se fait par un ouvrier expérimenté qui doit battre assez rapidement pour maintenir l'or échauffé par des chocs rapides à une température régulière. Les coups frappés avec un marteau de 6 k. doivent avoir une uniformité de force et aller du centre à la périphérie d'une façon très régulière ; ils s'énoncent techniquement de la façon suivante :



Premier coup au milieu, second coup sur la panse, troisième sur l'entrecoin, quatrième sur le coin. Le martelage se répète ainsi pour les quatre angles.

Lorsque la feuille d'or a enfin atteint l'épaisseur voulue, épaisseur que l'on apprécie par le poids de la feuille, le travail est terminé. Il ne reste plus qu'à parer chaque feuille et à mettre en cahiers pour la vente, après vérification préalable du bureau de contrôle.

Comme nous l'avons vu plus haut, les divers outils employés pour le battage de l'or sont d'un prix très élevé et souvent d'une valeur bien supérieure à l'or contenu entre les feuillets. Aussi les enferme-t-on soigneusement après chaque journée de travail dans un coffre-fort.

Les conditions essentielles d'une fabrication parfaite résident dans le parfait état des outils.

Aussi a-t-on cherché les moyens de rendre à la baudruche, qui est devenue dure et cassante à la suite d'un long battage, ses qualités premières.

Dans ce but, on soumet cette baudruche à deux importantes opérations: le *brunissage* et le *séchage*.

Le brunissage ou passage au brun consiste à recouvrir chaque feuille de baudruche d'une couche de sulfate de chaux ou gypse transparent réduit à l'état de poudre impalpable après calcination préalable et que l'on étend au moyen d'une patte de lièvre.

Le gypse est appelé, nous ne savons pourquoi, *brun* par les ouvriers.

L'opération du *séchage* s'explique par les propriétés hygrométriques de la baudruche. On y procède en plaçant *l'outil* dans une presse chaude pendant 25 à 30 minutes; on le refroidit ensuite à l'aide d'un soufflet à levier, analogue à celui des forges portatives. L'air chassé dans l'outil, entre les feuillets, les sépare et les rafraîchit.

Nous en avons terminé avec l'exposé rapide du battage de l'or, mais tout ceci s'applique aux feuilles d'or d'un usage courant dans le commerce de la dorure. Le battage de l'or employé en art dentaire demande des soins spéciaux, des ouvriers habiles et un outillage bien conditionné pour ce genre de travail.

En outre, on ne doit employer que de l'or soumis à un

double affinage, afin qu'il soit chimiquement pur, pour qu'il possède toutes les qualités d'adhésivité et de souplesse que nous recherchons.

Il est un fait curieux, c'est que, dans cette industrie, la machine-outil n'ait pas encore d'une façon absolue remplacé la main de l'homme. On a en effet inventé des machines à battre l'or, mais les résultats obtenus sont si peu satisfaisants que l'on revient en général au travail à la main.

Pour finir sur une remarque plaisante, nous dirons que chaque outil reçoit des ouvriers un surnom qui varie suivant les ateliers. Ces surnoms sont en général empruntés à la mythologie ; les *cochets* ou les *chaudrets* de chaque atelier sont connus et appelés couramment par les ouvriers : Minerve, Jupiter, Vénus ou Junon.

IMPLANTATION MÉCANICO-MÉTALLIQUE

Une racine extensible.

Par M. LÉGER-DOREZ.

(Communication à la Société d'Odontologie, 4 juin 1912.)

En dehors de quelques cas heureux dans lesquels la nature du sujet permet de conserver 10 ou 12 ans une dent naturelle implantée, ce moyen de réparation est encore peu employé à cause des insuccès fréquents qu'il comporte. La bibliographie qui se trouve à la fin de ce travail montre combien sont nombreux (et nous en oublions) les auteurs qui se sont occupés de la question. Malgré cela, peu de malades conservent les dents naturelles implantées ; bien peu de ces témoins arrivent jusqu'à nous.

L'auteur qui a le plus travaillé la question en France est M. Amoëdo ; nous avons vu une première petite molaire supérieure gauche implantée par lui 10 ans auparavant, qui était aussi solide et paraissait aussi saine que les voisines. Il en a certainement implanté beaucoup d'autres avec autant de succès. Nous nous sommes toujours inspiré de ses travaux ; sa méthode de décalcification nous a souvent donné le succès.

Sur 72 implantations de dents naturelles que nous avons eu l'occasion de pratiquer durant notre carrière déjà longue, 16 seulement ont plus de 12 ans de durée ; 21 ont résisté 4 et 6 ans ; enfin 35 sont tombées ou ont été extraites dans un espace de 2 ans.

Toutes les dents naturelles implantées se résorbent, entraînant une infection locale de l'alvéole plus ou moins violente, et le choix du cas et du sujet est une des principales conditions de réussite.

A la suite de la publication des remarquables travaux de Delair et Sebileau [1], analysés par Richard sur le comblement des brèches des parois crâniennes par des plaques métalliques enkystées, puis de Greenfield [2] qui, comme on l'a vu, implante dans l'alvéole une sorte de petite cage conique en fil de platine iridié sur laquelle trois mois après il applique une couronne artificielle ou même un petit bridge de trois dents, nous avons recherché si, avec l'or coulé, il ne serait pas possible de construire, puis d'enkyster une racine métallique ca-

---

1. DELAIR-SEBILEAU, *Gazette des Hôpitaux*, 1903.
Analyse de Richard. Extrait du *Bulletin du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France*, mars 1912.
2. EDWARD J. GREENFIELD : *Le Laboratoire et Le Progrès dentaire réunis* « Une racine artificielle », 15 janvier 1911, p. 37-38.

pable de remplacer la racine de dent naturelle et même la cage conique de Greenfield.

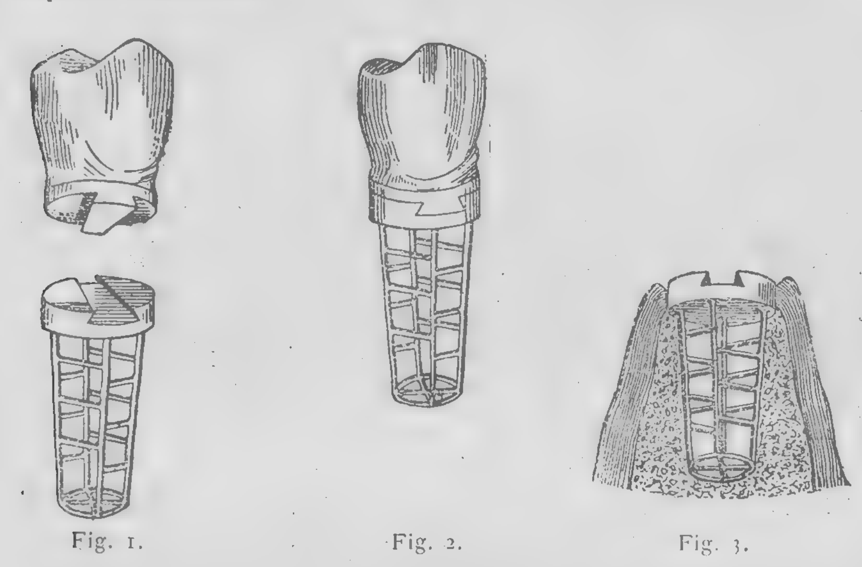


Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.

A force de tâtonnements, après avoir vingt fois modifié le volume, la forme et la longueur, nous sommes arrivé à fabriquer une racine extensible en or coulé qui mérite d'attirer très sérieusement l'attention de tous les professionnels que ce genre de travail intéresse. La tolérance dans l'alvéole sur deux cas bien choisis semble, jusqu'à preuve du contraire, devoir être tout à fait imprévue, et, comme Greenfield, nous restons étonné devant un tel succès.

En sera-t-il toujours ainsi ? L'avenir seul nous le dira.

Voici le cas :

A la suite d'un traumatisme violent, une jeune artiste de 22 ans s'est vue obligée de se faire extraire il y a 2 ans à Boston la petite incisive et la prémolaire supérieures gauches. Rentrée à Paris, elle est venue nous demander assistance, sur les conseils d'un ami à qui nous avions fait part de nos espérances sur la racine métallico-mécanique à la réalisation de laquelle nous étions occupé au moment de sa visite.

Notre malade étant décidée à tout, plutôt qu'à porter un appareil ou un bridge, nous lui avons d'emblée implanté deux racines extensibles le 15 mars dernier, et le 11 mai, nous avons pu lui appliquer, à sa joie intense, les deux couronnes de remplacement.

La sensibilité est entièrement disparue au bout de 10 jours ; l'enkystement paraît complet ; la malade peut manger sans ressentir la moindre gêne, cela moins de 2 mois après l'application des deux racines.

Il nous est impossible de dire rien de plus sur ce sujet, et si dans l'avenir nous avons des déboires, nous viendrons devant vos assemblées les avouer avec la plus grande franchise.

Les premières racines extensibles que nous avons établies étaient faites entièrement en métaux coulés, argent ou or ; nous préférons à présent les fabriquer autrement. Le tube et la poire à glissière sont tournés au tour, refendus à la scie, les ailettes soudées, le culot queue-d'aronde qui est appliqué sur la racine extensible ainsi que la petite pièce mâle qui s'engrène dessus sont en métal coulé, établis séparément.

Comme on le verra dans la suite, nous avons emprunté à Delair-Sebileau la partie intéressante du « coincement inter-osseux » pour retenir notre racine extensible ; à Greenfield, la base métallique en queue-d'aronde : c'est cette association qui nous a permis d'arriver au beau résultat que nous exposons, et nous leur témoignons ici toute notre reconnaissance.

Composition de la racine extensible.

La racine extensible (fig. 1) se compose de :

1° Un tube de 3 millimètres de grosseur A, 9 millimètres de longueur, portant sur un peu plus de la moitié de sa longueur 4 fentes verticales ;

2° Une petite poire à 4 ailettes B, de 3 millim. 1/2 de longueur et 3 de grosseur ;

3° Une vis or platiné C de 11 millimètres de long et 1 millim. 1/4 d'épaisseur ;

4° Un culot queue-d'aronde D en or coulé rapporté et soudé sur le tube ;

5° Une partie mâle E portant la dent artificielle et s'engrenant sur la queue-d'aronde en or coulé ;

Les instruments nécessaires à la perforation de l'alvéole sont au nombre de trois, les mêmes pour toutes les implantations :

1° Un trépan pour enlever une pastille de 3 millimètres de gencive et le périoste intéressé ;

2° Un foret de 3 millimètres de diamètre et 12 millimètres de longueur ;

3° Une fraise ronde de 3 millimètres de tête, assez fine de dents, permettant d'agrandir le fond de la cavité pratiquée dans l'alvéole afin de loger la partie extensible de la racine. Nous n'entrerons pas plus avant dans les détails de fabrication de l'ensemble de la racine extensible, la vue seule des dessins en permettra la réalisation [1].

---

1. La préparation de la racine, la queue-d'aronde se font à l'avance sur le modèle d'une empreinte prise au plâtre. Si cette préparation est faite soigneusement, les objets retrouvent dans la bouche la position convenant parfaitement à l'antagonisme et à l'esthétique désirés.

PLACEMENT DE LA RACINE EXTENSIBLE DANS L'ALVÉOLE.

Pour placer la racine extensible dans l'alvéole, nous empruntons toute la méthode de Greenfield, qui est en même temps, croyons-nous, celle de tous les chirurgiens opérant une implantation.

Après une sévère antisepsie de la bouche par le permanganate de potasse, une ou deux injections de cocaïne à 1 °/₀ procurent après 10 minutes une insensibilité complète. Toute la partie de gencive à opérer est enduite d'une couche de teinture d'iode fraîche. Le trépan de 3 millim. de grosseur monté sur le tour a vite fait d'inciser une pastille de muqueuse et de périoste. Le foret perfore à son tour (sans tourner trop vite) un trou de 3 millim. de diamètre et de 13 millim. de profondeur, gencive comprise ; après quoi la fraise ronde introduite au fond du pertuis est manœuvrée de façon à évaser le fond de la cavité afin que cette dernière vue en coupe présente une façon de cône renversé, la plus petite partie du cône dans le vestibule de la bouche.

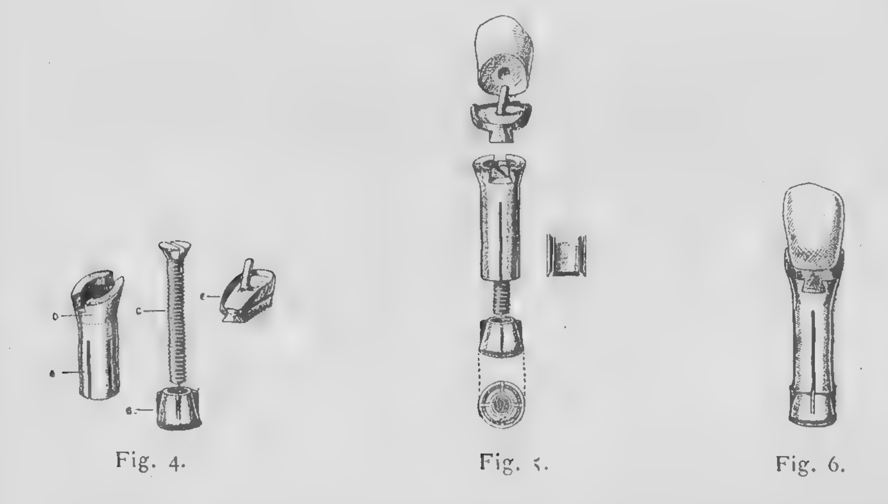


Fig. 4. Fig. 5. Fig. 6.

Toute cette préparation aseptiquement menée ne dure pas plus d'une minute. Une seringue aseptique projette à l'intérieur une ou deux injections d'eau bouillie, puis la cavité est séchée à l'ouate hydrophile et air chaud. Une certaine quantité de pâte stérilisée de Greenfield :

Sous-nitrate de bismuth.	30 grammes.	Mélanger au point d'ébullition.
Cire blanche............	5 —	
Paraffine douce.........	5 —	
Vaseline...............	60 —	

est introduite dans la cavité afin d'en enduire toute la paroi.

La racine métallique aseptisée dans l'eau bouillante durant un quart d'heure est ensuite séchée à la lampe à alcool sans fumée, puis trempée dans la pâte ramollie de Greenfield bien aseptisée à l'étuve. Saisie dans les mors d'une précelle solide, la racine est enfoncée à fond dans la cavité artificielle, d'où elle expulsera, en y entrant, la presque totalité de la pâte dont nous l'avions remplie. Pendant que, par les mors d'une pince appropriée, la racine est maintenue fortement à fond, le tournevis spécial est introduit entre les lèvres de la queue-d'aronde et la vis est serrée à fond.

On a vite compris qu'en vissant, la petite poire guidée par les ailettes vient prendre sa place dans le corps du tube racine et provoquer l'extension suffisante de la pointe de la racine qui désormais ne pourra plus remuer, s'enfoncer ou sortir de sa prison alvéolaire, où elle subira l'enkystement plus ou moins rapide que peut subir tout corps étranger aseptique dans la paroi osseuse.

Un mois et demi à deux mois après, il ne restera plus qu'à dégager la queue-d'aronde de la racine de l'excès de gencive qui la recouvre, au moyen du galvano-cautère et d'applications répétées de teinture d'iode fraîche.

Dès que la queue-d'aronde et le plateau sont dégagés, on applique la couronne artificielle portant la queue-d'aronde mâle qui glisse dans la partie de racine appelée à la maintenir. Ce scellement s'opère soit à la gutta, ou plutôt, comme nous l'avons pratiqué nous-même, avec du ciment Harvard.

Là est toute l'opération qui sera suivie pendant dix jours environ d'une antisepsie rigoureuse de la bouche et d'applications journalières d'une solution très fraîche et peu saturée de teinture d'iode, aconit et chloroforme.

La réaction inflammatoire est de peu d'importance et cède rapidement par l'ingestion de quatre cachets de o. 50 centigrammes d'antipyrine par jour pendant quatre jours. Au bout de dix jours, tout rentre dans l'ordre.

Comme on l'a vu, aucune ligature n'est préconisée; seule une alimentation appropriée est recommandée afin d'éviter tout ébranlement pendant la première période d'implantation.

Les chiffres que nous avons indiqués pour le diamètre et la longueur de notre racine extensible sont variables suivant le cas, mais nous croyons que l'enkystement sera d'autant plus rapide et moins douloureux que la racine employée sera de faible diamètre.

L'implantation qui nous paraît devoir donner le meilleur résultat est celle que l'on pratiquera sur un alvéole déjà complètement cicatrisé. Il sera toujours prudent de laisser guider le foret par le trajet cicatriciel de l'alvéole, beaucoup moins dense en ce point que l'alvéole d'entourage.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages et articles sur la greffe dentaire et l'implantation.

Lecluse : Eclaircissements essentiels pour parvenir à préserver les dents (1755).

Fauchard : Le Chirurgien-Dentiste, tome I, pages 375 à 382 (1786).

Dorigny : Replantation des dents (1864).

Maurel : Des luxations dentaires (1875).

Dop : Réimplantation des dents cariées (1876).

David : Etude sur la greffe dentaire (1877).

Magitot : De la greffe chirurgicale dans ses applications à la thérapeutique des lésions de l'appareil dentaire ; des greffes par restitution (1879).

David : De la greffe dentaire (1880).

Weil : Briefliche Mitteilung in « Replantation der Zähne » (1890).

Scheff : Die Replantation der Zähne (1880).

Rodier : Greffe dentaire, résultats éloignés (1882).

Amoëdo : De l'implantation des dents décalcifiées (1894).

— Mode de consolidation des dents implantées (1895).

Ferrier : De la greffe dentaire par restitution (1898).

Bruneau : Guide de l'extraction des dents suivie de la greffe dentaire par restitution immédiate (1898).

Gulikers : De la greffe dentaire pratiquée au cours de phénomènes inflammatoires (1901).

Gerson : Greffe dentaire. Réimplantation (1907).

Brandt : Chirurgie für Zahnärzte (1908).

Marshall : Operative Dentistry, pages 514 à 518 (1909).

Kirk : Text-Book of Operative Dentistry, pages 646 à 663 (1912).

Lyons : Replantation of teeth (*The Lancet*, sept. 1873).

Dop : Deux cas de réimplantation (*Revue médicale de Toulouse*, juin 1876).

Bleichsteiner : Replantation (*Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde* 1883).

Fredel : De la greffe dentaire (*Revue et Archives Suisses d'Odontologie*, 1887).

Younger : Implantation of teeth (*Dental Cosmos*, 1887).

Albrecht : *Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde*, avr. 1891).

Hillischer — — — — — —

Franck : *Osterreiscisch-Ungarische Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde*, 1891.

Weil : *Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde*, août 1891.

Harrisson : Réimplantation (*Journal of the British Dental Association*, 1895).

Marchandé : De la greffe dentaire (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1895).

Himman : De la réimplantation des dents (*Le Progrès dentaire*, 1895).

Louis Jack : Plantation des dents (*Dental Cosmos*, 1896).

— Réimplantation dans un cas de pyorrhée alvéolaire (*Dental Cosmos*, 1897).

AMOEDO : Deux cas d'implantation dentaire consolidée (*L'Odontologie*, août 1899).

— Deux implantations consolidées faites dans un cas de pyorrhée (*Revue de Stomatologie*, 1900).

RÖMER : Uber die Replantation von Zähnen (*Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde*, 1901).

SANDOR : Der Gegenwärtige Stand der Zahnpflanzüng (*Osterreichisch-Ungarische Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde*, 1902).

DUREAU : La greffe dentaire (*Le Progrès dentaire*, 1902).

COYSH : Un cas de réimplantation (*Journal of the British Dental Association*, 1902).

RODIER : Le sort de 60 dents implantées (*Revue de Stomatologie*, 1902).

SZABO : Studie und neuere Versuche über Replantation der Zähne (*Osterreichisch-Ungarische Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde*, 1903).

VON GUERARD : Beitrag zur Replantation (*Correspondenz-Blatt*, 1905).

AMOEDO : Résultats éloignés d'implantation dentaire (*L'Odontologie*, 1906).

QUINTIN : Réimplantations, transplantations, implantations (*L'Odontologie*, 1906).

MENDEL ET BASSONVILLE : Recherches expérimentales sur le mécanisme de la consolidation dans la greffe dentaire (*L'Odontologie*, 1906).

PADGET : Un cas de réimplantation (*Le Laboratoire*, 1907, 8 déc.).

HEDLUNG : Réimplantation dans un cas de pyorrhée alvéolaire (*Le Laboratoire*, 5 janvier 1908).

AMOEDO : Implantations dentaires consolidées (*Revue Trimestrielle Suisse d'Odontologie*, janvier 1908).

TOURTELOT : Transplantation « de suo ad se » après 3 ans 1/2 d'intervalle (*Revue de Stomatologie*, 1908).

CHIAVARO : Réimplantation (*Le Laboratoire et le Progrès dentaire réunis*, 14 avril 1909).

ROTHMAN ET BILASKO : Uber Plantation-Versuche (*Osterreichisch-Ungarische Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde*, janvier 1910).

GREENFIELD : Une racine artificielle (*Le Laboratoire et le Progrès dentaire réunis*, 15 janvier 1911).

MAHÉ : Réimplantation, transplantation, implantation (*Archives de Stomatologie*, de septembre 1911 à février 1912).

REVUE DES REVUES

SUR TROIS OBSERVATIONS D' « ANGINE DE LUDWIG »

Par M. le professeur Paul Reclus.

Nous venons d'observer coup sur coup trois cas d'une affection heureusement rare, mais d'une extrême gravité : phlegmon gangreneux du plancher de la bouche, nommé aussi « angine de Ludwig », désignation contestable, mais d'un usage trop fréquent pour qu'il soit permis de l'ignorer. Si nous voulons retracer l'histoire de ces malades, c'est moins pour fixer dans votre mémoire les traits essentiels du tableau clinique que pour vous montrer la nécessité d'une intervention résolue : l'incision large et précoce au thermocautère sous l'anesthésie localisée, et le badigeonnage à la teinture d'iode du foyer, souvent presque à coup sûr des malheureux qui, sans l'acte chirurgical, meurent dans l'effrayante proportion de plus de 80 pour 100.

*
* *

Voici notre premier cas : le 8 décembre, entre dans nos salles un garçon de vingt-huit ans, solide, mais trop rouge de poils et trop blanc de peau. Depuis plusieurs semaines, il sentait rouler dans la région sous-maxillaire gauche un petit ganglion indolore qui, il y a une semaine, disparaissait sous une tuméfaction diffuse ; elle grossit et, lors de notre premier examen, nous trouvons, dans la région sus-hyoïdienne, une masse résistante, d'une dureté ligneuse, immobile, sans adhérer manifestement à l'os ; elle n'est fluctuante en aucun point et la peau qui la recouvre, quoique infiltrée, est à peine rouge et glisse sur le foyer profond. L'existence de ce ganglion, qui au début roulait sous le doigt, nous fit porter le diagnostic d'adéno-phlegmon provoqué par la carie de la première grosse molaire gauche.

L'idée d'une intervention immédiate fut écartée, malgré une élévation manifeste de la température ; il n'y avait pas de fluctuation et la peau était à peine œdémateuse. Cependant l'aspect du malade n'était pas sans nous inspirer une vague inquiétude et nous recommandâmes à notre chef de clinique d'examiner le patient à la visite du soir. Mais pas un instant nous n'avions pensé à la redoutable angine de Ludwig dont l'invasion est souvent subite et que caractérisent, dès le deuxième ou le troisième jour, un état général grave, une haute température et une tuméfaction du plancher de la bouche dont la muqueuse épaissie remonte derrière l'arcade dentaire jusqu'à dépasser même le bord libre des dents. Rien de ce tableau n'avait été observé le matin.

Mais le soir, à cinq heures, tout à coup la température s'élève à 39°, la région sous-hyoïdienne s'empâte presque à vue d'œil et une crise effrayante de dyspnée survient, qu'une injection de morphine ne parvient pas à dissiper ; la trachéotomie était urgente et mon chef de clinique, M. Piquant, se hâta de la pratiquer ; or, avant d'atteindre la

trachée, le bistouri, sous le couvert de l'anesthésie locale, dut traverser une épaisseur de tissu enflammé telle que la canule semblait trop courte et qu'on eut beaucoup de peine à l'introduire dans les voies respiratoires ; on le put enfin et ce premier danger, l'asphyxie, fut heureusement conjuré. Mais le phlegmon persistait avec toute sa gravité et notre assistant aurait bien voulu terminer son intervention par un large débridement ; il n'osa, jugeant que le malheureux avait subi le maximum d'intervention alors supportable.

Le lendemain, un dimanche matin, je vins voir l'opéré : son état était alarmant ; la température restait élevée et l'infiltration du cou s'étendait encore ; aussi me hâtai-je d'ouvrir une large tranchée à travers la tuméfaction sous-maxillaire, tout en n'ignorant pas le danger qu'était pour le poumon le pus auquel mon incision frayait au passage tout près de la canule trachéale. Après avoir longuement badigeonné à la teinture d'iode le foyer opératoire de la veille et toute la peau sus-hyoïdienne, je fis, sur le trajet des futures incisions, deux traînées analgésiques superposées, la première très superficielle, la seconde plus profonde sur la sangle mylo-hyoïdienne, car je n'ignorais pas la grande épaisseur de tissus qui nous séparait du foyer septique. Je divisai avec le platine chauffé à blanc d'abord la peau et le tissu cellulaire, masses lardacées profondes de plus de cinq centimètres ; puis la résistance cesse tout à coup et la lame s'enfonce dans un foyer ramolli, gangrené, putrilagineux, d'où s'exhalent des gaz qui s'allument au thermocautère et brûlent avec une flamme bleue. Il ne restait plus, et j'insiste sur ce point des plus importants, qu'à imbiber de teinture d'iode un tampon de ouate hydrophile et à en badigeonner minutieusement à plusieurs reprises la vaste cavité anfractueuse. Ordre fut donné de répéter le soir la même manœuvre.

Nous n'étions pas sans inquiétude : la broncho-pneumonie septique nous semblait surtout redoutable. Cependant, dès le lendemain, la température tombe d'un degré et les six ou sept cents grammes d'urine rendus par l'opéré avaient cet aspect boueux qui prouve l'activité et l'intégrité du filtre rénal. Le surlendemain, notre homme est hors d'affaire, les masses gangréneuses du foyer s'éliminent ; la plaie trachéale, protégée par le badigeonnage bi-quotidien de teinture d'iode, se déterge ; au septième jour, nous enlevons la canule et au douzième l'orifice est oblitéré. Déjà l'œdème avait disparu et, malgré une bronchite, très légère d ailleurs, qui survint vers la deuxième semaine, notre opéré quittait l'hôpital le 30 décembre, vingt-trois jours après y être entré. — Il est vrai qu'il redevenait notre hôte au bout de quelques jours, pour un abcès développé sur son avant-bras droit et qui accusait encore la persistance de l'infection. Les cultures du pus prélevé dans les deux foyers, celui du cou et celui de l'avant-bras, révélèrent l'existence du même streptocoque.

*
* *

Notre seconde observation n'est pas moins intéressante : un camelot de 29 ans entre le 7 mars dans nos salles, pour une inflammation du

plancher de la bouche. Il souffrait, depuis trois jours, au niveau de la deuxième molaire droite profondément cariée et croyait à un simple abcès gingival; mais la fièvre s'allume, le gonflement augmente, la douleur s'exaspère et nous constatons d'abord une tuméfaction régulière de la région sus-hyoïdienne, presque médiane, avec légère prédominance à droite ; la peau y est à peine rosée et glisse sur la masse proprement dite, dure, sans fluctuation, très douloureuse. L'examen de la bouche est difficile, car un trismus ne permet au bord libre des dents qu'un écartement de deux centimètres, ce qui suffit d'ailleurs pour apercevoir un épaississement œdémateux de la muqueuse sublinguale, infiltrée, comme tremblotante et montrant à sa surface les empreintes des dents ; une fausse membrane fibrineuse la recouvre qui se détachait spontanément le surlendemain.

L'état général est grave, le pouls petit et rapide, la température à 40° et, signe redoutable, la respiration, tout en s'accélérant, semble devenir difficile, soit que l'infiltration séreuse du plancher commence à gagner la glotte, soit que la langue refoulée oblitère en partie l'orifice de l'arbre aérien. — Il n'y avait pas de temps à perdre : la région sus-hyoïdienne, à droite et à gauche de la ligne médiane, est anesthésiée ; la lame de platine incise profondément la peau, le tissu cellulaire, la sangle mylo-hyoïdienne et pénètre dans un foyer gangreneux d'où s'échappent des débris putrides et des gaz qui s'allument sur le thermo. Après cette première tranchée, on en creuse une seconde aussi profonde, mais moins large, et qui atteint, en haut, sous la muqueuse linguale respectée, le même foyer gangreneux.

Alors, une pince montée, dont le tampon d'ouate hydrophile est imbibé dans notre teinture d'iode préparée extemporanément avec 1 gramme d'iode finement pulvérisé pour 15 grammes d'alcool à 95°, pénètre jusqu'au fond du foyer gangreneux et en badigeonne, à plusieurs reprises, toutes les anfractuosités ; le soir, on répète la même manœuvre et le bénéfice en fut immédiat : la respiration, embarrassée, se régularise, le pouls se raffermit et la température descend de 40 à 38,6, puis à 37 ; à la sanie des premiers jours fait place une suppuration franche qui ne tarde pas à se tarir. En vingt-sept jours, les plaies sont cicatrisées et le blessé quitte l'hôpital. Mais, comme pour reproduire l'observation de notre premier malade, la semaine d'après il rentre dans les salles avec un abcès buccal émané de la même dent cariée, abcès qui cette fois se limite au tissu sous-muqueux et se creuse une cavité à pus « louable », sans état général grave et sans foyer gangreneux.

A ces deux observations je puis en ajouter une troisième, calquée sur le même type : mon ancien élève, le Dr Trotin, de Bourg-la-Reine, soignait à la même époque une jeune fille de 26 ans, atteinte depuis trois jours d'une grave dysphagie et d'un trismus fort serré, mais qui permettait cependant d'apercevoir derrière les arcades dentaires la muqueuse du plancher de la bouche très tuméfiée et la langue refoulée vers le pharynx ; la région sus-hyoïdienne, soulevée par une tuméfaction d'une dureté ligneuse, était recouverte d'une peau encore mobile, sans rougeur et sans infiltration œdémateuse. Cette phlegmasie, racon-

tait la malade, avait pour origine une dent cariée, douloureuse depuis une dizaine de jours. La fièvre était intense, des crises d'étouffement survinrent. Aussi notre confrère, de concert avec mon chef de clinique, M. Kendirdjy, pratique-t-il au thermocautère une incision longue et profonde sur la ligne médiane ; la sangle mylo-hyoïdienne divisée, du pus fétide s'écoule et des badigeonnages multiples à la teinture d'iode sont faits dans le foyer jusqu'à guérison complète : elle fut obtenue en moins de deux semaines.

*
* *

Ce phlegmon gangreneux faisait, il y a vingt ans, le désespoir des nosographes. On savait que Ludwig, chirurgien de Stuttgart, avait, en 1836, décrit une affection des plus graves, qu'il considérait comme une angine : elle se caractérisait par une dureté ligneuse des tissus et elle avait approximativement pour siège l'isthme du gosier, la bouche et la partie supérieure du cou ; on ajoutait que pour l'auteur elle était une maladie essentielle, spécifique, une véritable entité morbide. C'était plutôt obscur et, au temps de mon internat, tout phlegmon diffus de ces régions imprécises évoquait le fantôme de l'affection redoutable.

Aussi, ne vous attendez pas à trouver une doctrine franche et surtout des descriptions concordantes dans les thèses et les mémoires qui se succédèrent à partir de 1880 ; elles eurent pour principaux auteurs Boehler, Roser, Tissier, Gilette, Guillet, Demoulin, Huguet et de Bovis, Lyons, Delorme, Charles Nélaton, et soulevèrent d'ardentes discussions à la Société de chirurgie. La phlegmasie fut considérée tour à tour comme une amygdalite, un érysipèle, une lymphangite, un abcès du plancher de la bouche, une adénite de la glande sous-maxillaire, et ces affections disparates étaient spécifiques, pour les uns, tandis qu'elles avaient, pour les autres, le caractère banal des suppurations ordinaires.

Actuellement, une grande clarté s'est faite, et, de la série des recherches que nous venons de rappeler, un premier point se dégage : la phlegmasie a un siège bien déterminé ; elle se développe au niveau du plancher de la bouche, dans cet espace que limite en avant la face postérieure du maxillaire inférieur ; en bas, la sangle musculaire du mylo-hyoïdien ; en haut, la muqueuse, et, en arrière, la base de la langue. C'est là et non ailleurs que naît le mal — et les érysipèles, les inflammations des ganglions lymphatiques ou de la glande sous-maxillaire, les amygdalites de toutes sortes n'ont rien à voir avec lui. Aussi la dénomination d'*angine* est-elle fausse, fausse radicalement et même deux fois, comme le démontre Lyons dans sa thèse de 1897, d'abord parce que l'angine de Ludwig ne se développe pas au niveau de l'isthme du gosier, et puis parce qu'un Français, Gensoul, a décrit cette affection en 1830, six ans avant Ludwig. — En tout cas, un point capital reste acquis : « l'angine de Ludwig » n'est, en définitive, qu'un phlegmon gangreneux du plancher de la bouche.

Nous sommes déjà plus à l'aise pour résoudre la seconde question,

naguère si âprement discutée : cette phlegmasie est-elle spécifique, essentielle ; s'agit-il d'une entité morbide produite par des causes toujours identiques ? D'abord, nous dit-on, l'angine de Ludwig a pour premier caractère son extrême gravité. Mais n'est-ce pas là une véritable pétition de principe, et ne savons-nous pas qu'il existe au niveau du plancher de la bouche, et provoquées par les mêmes causes qui engendrent les phlegmons gangreneux, de petites inflammations circonscrites, collections sublinguales s'ouvrant spontanément ou qu'un coup de pointe évacue ? Cet abcès n'est au demeurant qu'une angine de Ludwig au petit pied, un phlegmon ébauché, et auquel il n'a manqué, pour devenir gangreneux, qu'une virulence exagérée des germes banaux de la suppuration ou qu'une défaillance passagère de la défense organique.

En effet, ces inflammations du plancher de la bouche peuvent présenter toutes les gammes de gravité, depuis le simple abcès dentaire jusqu'au phlegmon qui tue en trois jours. Il se passe là quelque chose d'analogue à ce que nous observons dans les furoncles de la lèvre supérieure, dont les uns évoluent là comme dans les autres régions, mais qui, parfois, sous l'influence de causes le plus souvent faciles à déterminer et grâce à certaines anastomoses vasculaires bien connues, deviennent tout à coup inquiétants et entraînent trop souvent la mort. — Ne devons-nous pas invoquer surtout l'exemple de l'appendice, où l'inflammation se borne parfois à la production de quelques abcès miliaires de la paroi tandis qu'elle peut aussi gangrener l'organe d'un coup ? Car tout conspire pour exalter la virulence des germes pathogènes, leur stagnation dans ce cæcum de cæcum, ce diverticule de diverticule, cette sorte de fistule borgne interne qui, pour comble de malheur, voisine avec une séreuse dont la moindre inoculation se nomme péritonite ! A ces furoncles de la lèvre supérieure, à ces appendicites, nous comparons les phlegmons du plancher de la bouche, et, ici comme là, les caractères anatomiques de la région donnent la clé de la gravité extrême que l'infection revêt dans certains cas.

Donc une cause banale, un « micro-trauma » quelconque, une éraillure de la gencive, la pénétration dans la muqueuse d'une arête de poisson, surtout une dent cariée ou l'évolution vicieuse de la troisième grosse molaire, provoque parfois une inflammation vite circonscrite. Mais, dans d'autres cas, cette cause banale peut, au bout de quelques jours, comme dans nos cas, ou après une très courte incubation, prendre une allure redoutable. Et c'est ici qu'intervient l'anatomie de la région infectée, limitée, en haut, par la muqueuse buccale où végète la flore microbienne la plus riche et parfois la plus virulente de ce milieu chaud et humide qui favorise toutes les associations d'aérobies et d'anaérobies, dont la conséquence est l'apparition de ces suppuration gangreneuses où des gaz putrides se développent ! D'ailleurs, avons-nous besoin de faire appel uux associations bactériennes ? Ne sait-on pas que certains germes ordinairement aérobies sont des « anaérobies facultatifs » ? N'en est-il pas ainsi du streptocoque, « ce microbe à tout faire », que les cultures du laboratoire ont démontré justement pulluler dans les exsudats des deux cas de notre service ?

Et l'anatomie nous explique encore l'exceptionnelle gravité que peut revêtir ici le foyer toxi-infectieux : l'espace où il se développe montre, en avant et en bas, deux barrières infranchissables : en avant, la face postérieure du maxillaire inférieur, en bas, l'épaisse sangle mylo-hyoïdienne doublée de son aponévrose ; ce n'est qu'en arrière que pourra gagner la phlegmasie, vers la base de la langue, où abondent les traînées celluleuses de ses muscles, de ses nerfs, de ses vaisseaux blancs et rouges ; de ce côté, l'invasion sera facile et sa rapidité a pour conséquences les douleurs atroces, les troubles respiratoires, la précoce asphyxie ; elle apparaît presque au début, soit que la collection vienne mécaniquement refouler l'épiglotte, soit que l'œdème gagne les cordes vocales, soit, enfin, que l'inflammation septique se propage à la trachée, aux bronches et au poumon. Bien entendu, l'invasion sera d'autant plus foudroyante qu'un état général mauvais, qu'une dyscrasie, glycosurie ou albuminurie, affaiblit déjà la défense organique. On le voit, nous ne trouvons rien de « spécifique » dans cette pathogénie, et le phlegmon gangreneux du plancher de la bouche ne constitue pas plus une entité morbide que les furoncles mortels des lèvres ou les appendicites foudroyautes.

*
* *

Nos trois observations vous ont donné un tableau clinique trop exact du phlegmon gangreneux du plancher buccal pour que nous ayons besoin d'y revenir. Le plus souvent, chez un jeune homme de 20 à 30 ans, on voit se dessiner dans la région sus-hyoïdienne, rarement sur la ligne médiane, le plus souvent, au début du moins, d'un seul côté, une tuméfaction qu'on prendrait volontiers pour un adéno-phlegmon d'origine dentaire ; parfois, il reste quelques jours torpide et presque inoffensif : mais, en quelques heures, la scène change ; chez notre premier malade, à 10 heures du matin, l'intervention ne paraissait pas indiquée ; à 5 heures, l'asphyxie était menaçante et urgente la trachéotomie. D'autres fois, dès les premiers symptômes, la gravité du mal s'accuse et, en trois ou quatre jours, les symptômes sont tels que la mort devient menaçante. N'oubliez pas que l'examen de la région peut induire en erreur les chirurgiens mal avertis ; dans nos trois cas, la peau sus-hyoïdienne semblait normale ; à peine rosée, à peine infiltrée, elle glissait facilement sur les plans sous-aponévrotiques. Au lieu d'en être rassuré, méfiez-vous, au contraire, car c'est profondément, au-dessus de la sangle mylo-hyoïdienne, dans le plancher buccal, qu'évolue le phlegmon.

Vous avez vu nos malades à la période d'état : l'espace sus-hyoïdien est bombé, et, sous la peau, souvent mobile, on sent une masse résistante, d'une dureté ligneuse, très douloureuse à la pression et spontanément ; elle est presque toujours unilatérale au début, mais elle ne tarde pas à dépasser la ligne médiane et envahit toute la région ; la bouche, qu'un trismus ne permet guère d'ouvrir, laisse entrevoir un bourrelet tremblotant sur lequel les dents s'impriment ; il dépasse leur bord libre et se recouvre parfois d'une couenne inflammatoire. Déjà la

respiration est difficile, la déglutition de la salive ne peut se faire et, pour ne pas tenter de l'avaler, le patient la laisse s'écouler de ses commissures labiales. L'état général est franchement inquiétant ; le pouls est fuyant et rapide, et la température ne tarde pas, comme dans nos deux observations, à atteindre 40°. Mais, ne l'oubliez pas, dès que la localisation du foyer inflammatoire dans le plancher buccal est certaine, agissez ; l'évolution ne peut en être que désastreuse, même ne fût-elle pas mortelle, et du diagnostic d'angine de Ludwig découle sans réplique l'indication d'une intervention immédiate.

***

Sur ce point, tous les chirurgiens sont d'accord : le foyer sera ouvert par des incisions larges et profondes. Mais si le thème est accepté de tous, la technique varie, et je ne saurais trop vous recommander la mienne qui a donné les trois succès que vous enregistrez avec moi. Et d'abord — et ceci est capital — pas d'anesthésie générale ; dans l'espèce, elle est particulièrement dangereuse et les cas de mort provoqués directement par elle ont été trop souvent observés. Notre chef de clinique ne vous en citait-il pas deux qui datent de l'année dernière et dont l'un frappait un de nos jeunes collègues le plus justement estimés ? Dès les premières inspirations de chloroforme, il était mort. Vous aurez donc recours à l'anesthésie localisée ; avec notre solution de novocaïne-adrénaline, vous tracerez dans la peau la route que suivra le thermocautère. Une première traînée sera superficielle, mais n'oubliez pas que l'épaisseur des tissus œdématiés est énorme ; vous avez, comme superposition des plans, la peau, le tissu cellulaire, le ventre du digastrique, la sangle mylo-hyoïdienne. Aussi, avec une aiguille courbe, vous superposerez une seconde traînée à la première pour éviter au patient toute souffrance inutile. Ne craignez pas d'injecter vingt à trente centimètres cubes de solution, ce qui représente tout au plus dix à quinze centigrammes de novocaïne et cinq à huit gouttes d'adrénaline au millième, dose et solution des plus modérées.

Vous saisissez alors le thermocautère et vous creusez une large tranchée au travers des tissus phlogosés que vous essayerez de reconnaître, ce qui n'est pas toujours facile : vous ne vous arrêterez que lorsque, après une incision profonde de 6 à 7 centimètres, qui a traversé la sangle mylo-hyoïdienne, votre lame rougie ne sent plus de résistance et pénètre dans le foyer gangreneux ; il s'en écoule très rarement du pus, mais plutôt une sanie putride, des déchets sphacélés et, comme dans nos deux derniers cas, des gaz s'en exhalent qui prennent feu au contact du thermocautère. Par cette large brèche vous atteignez parfois un foyer unique, mais souvent aussi plusieurs anfractuosités indépendantes : dans chacune d'elles votre pince, munie d'un tampon de ouate hydrophile imprégnée de teinture d'iode, doit porter cette substance abondamment et en badigeonner à plusieurs reprises les parois irrégulières. Retrempez souvent votre pinceau dans la teinture, car celle-ci se décompose très vite au contact des substances albuminoïdes. Le soir, recommencez encore ; de même le deuxième, le

troisième jour, jusqu'à ce que cesse la sécrétion purulente qui s'établit franchement dès les quarante-huit premières heures. A ce moment, un seul pansement quotidien suffit.

*
* *

Vous avez pu en constater, Messieurs, le merveilleux résultat. Dès le soir ou dès le lendemain matin, la fièvre tombe, la respiration devient facile et les douleurs disparaissent ; bientôt le foyer central se déterge et l'on voit s'ouvrir çà et là des cavités secondaires, non plus d'aspect gangreneux, mais purulentes et nettement bourbillonneuses, qui, elles aussi, devront être badigeonnées à la teinture d'iode ; on en force l'entrée lorsque les bourgeons charnus tendent à l'oblitérer — et vous avez vu ces énormes tranchées, effrayantes les premiers jours, se combler en moins de trois semaines, ne laissant qu'une cicatrice régulière, dissimulée d'ailleurs derrière le menton. — C'est ainsi que nos trois opérés ont guéri. Aussi adopterez-vous une méthode qui assure de pareils succès et que je résume en quelques mots : anesthésie localisée, ouveture au thermocautère et badigeonnages rigoureux et multipliés à la teinture d'iode.

(*La Presse médicale*, 22 mai 1912.)

RÉPARATION DU CÉMENT (TRAITEMENT DE L'ALVÉOLITE).

Par H. Fletcher, de Cincinnati.

Il y a un certain nombre d'années W. H. Atkinson, de Nev-York, entreprit d'amener la réparation des alvéoles fortement atteints d'alvéolite au moyen de la greffe d'éponge, procédé chirurgical alors en vogue.

A cette époque, de 1885 à 1890, la discussion de l'étiologie et du traitement des maladies des alvéoles et des gencives était très vive, le terme *pyorrhée alvéolaire* étant alors, comme maintenant fortement combattu comme impropre et erroné. Je préfère le mot *alvéolite*. L'étiologie de l'affection et sa pathologie étaient également vivement discutées. Depuis, le mode de traitement a peu changé.

Si nous connaissions mieux les causes réelles et les tissus intéressés dans la réparation, nous saurions mieux traiter cette maladie et il y aurait davantage de guérisons. J'espère que ce qui est dit ci-après pourra être de quelque utilité à cet égard.

Le cément a un pouvoir merveilleux de réparation. Il est le trait d'union entre les dents et l'os et ressemble davantage à celui-ci quant à son pouvoir de réparation.

Si, comme je le pense, le cément se réforme avec un traitement convenable quand il a été enlevé d'une dent ou taillé en rainures, ce fait a une importance capitale.

Ce qui m'amène à le penser, c'est ce qui suit. Il y a un an une jeune femme de 19 ans se présenta à mon cabinet, 4 ans auparavant elle avait perdu la couronne de la 1re mol. inf. dr. en voulant se faire faire une extraction. La couronne avait été brisée à un angle au-dessous du collet, de sorte que les tissus mous, en commençant à se réparer débordaient sur la surface brisée ; ils adhéraient à la surface brisée de la dentine. J'avulsai soigneusement les racines, le lambeau de tissu mou adhérant toujours. La racine antérieure fut décalcifiée avec quelques-uns des tissus mous encore adhérents. Le cément n'avait pas seulement cru par-dessus et n'était pas seulement devenu adhérent à la surface brisée de la dentine, mais il avait en partie obturé le canal d'une racine du haut en bas à la façon de la croissance de dentine secondaire causée par abrasion par suite de mastication. Sur des coupes opérées la membrane formative est encore

adhérente à ces surfaces. Le cément sur la racine est beaucoup plus épais qu'il n'est normal dans les dents de cet âge. Cela est dû sans aucun doute au trouble causé par la tentative d'extraction.

Les nodules de cément sur les racines des dents sont très communs chez les sujets âgés et sont appelés exostoses ; mais du cément formé sur la surface de l'ivoire et adhérent à celle-ci est quelque chose de nouveau pour moi.

Les spécimens que je présente semblent montrer que si la région voisine est rendue parfaite en traitant des alvéolites à siège profond, on peut avoir une restauration normale de tissu très étendue, sinon totale ; G. V. Black a observé ce qui suit, qui corrobore ce que je vous présente.

« La résorption d'une partie de dent, de dentine ou de cément est réparée par le cément, si elle l'est, il n'est jamais réparé par la dentine. On trouve beaucoup de ces réparations dans l'étude de l'histologie dentaire, quand il s'est produit de la résorption et qu'on coupe profondément dans la racine de la dent. Mon livre *le périoste et la membrane péridentaire* contient plusieurs figures qui le montrent ; l'une notamment montre la réparation de la résorption qui s'est produite dans une racine où tout le contour a été refait par le cément ».

Nous connaissons tous bien des cas de dents qui semblaient désespérément branlantes pendant le traitement et qui, avec le temps sont devenues fermes et utiles pour des années. Après avoir trouvé un cas de croissance exagérée et d'adhérence inusitée du cément à la surface brisée de la dentine, je suis convaincu que c'est sur le cément qu'il faut compter pour la réparation dans ces cas, car c'est le facteur sous-jacent d'adhérence et de réparation.

D'autres spécimens présentent une croissance excessive du cément qui doivent être le résultat d'un voisinage stimulant.

Le cément est d'origine mésoblastique, comme la dentine et l'os et dans le développement des dents chez les vertébrés le cément semble avoir servi de trait d'union entre la dent et l'os.

Le cément est le produit naturel de la couche péricémentaire du périoste de l'alvéole. Il se forme quand le périoste vient en contact avec la dentine, mais n'existe pas tant que la dentine de la racine de la dent n'est pas formée. La présence de la dentine de la racine à proximité du périoste semble stimuler la couche de cellules voisines de la dentine, mettant en mouvement cette loi inconnue, de la différenciation des cellules et du cément qui en est le résultat. On voit que le périoste de l'alvéole est un tissu très remarquable, en ce qu'il forme de l'os, d'un côté, et du cément, de l'autre, et agit en même temps comme un coussin contre les forces de la mastication.

Nous pouvons essayer d'obtenir la reproduction par la nature des adhérences qui se produisent dans l'alvéole malade. Pour cela les

racines des dents doivent être débarrassées chirurgicalement de toute matière étrangère, en curettant, polissant et aplanissant les racines avec des instruments comme ceux de Thompkim, Startzell, Can, qui laissent du tissu vivant sur le côté de la dent. Enlever alors tout l'os malade ou mort ou tout autre tissu de l'alvéole pour laisser du tissu osseux vivant sur l'autre côté opposé à la dentine vivante ou au cément. Si la blessure est stérilisée convenablement on aura un état parfait pour la réparation, l'espace n'étant pas assez grand pour la greffe d'éponge et le caillot convenant mieux dans une blessure si petite.

Il en était certainement ainsi dans le cas de réparation que je vous ai présenté, c'est-à-dire qu'il y avait une face brisée de dentine vivante d'un côté et du cément sain produisant du tissu de l'autre, très voisines l'une de l'autre, de sorte qu'il pouvait croître sur la surface brisée de dentine avec les résultats présentés. Le cément produisant de la membrane peut venir d'en haut ou d'en bas dans les alvéoles malades ou des deux directions à la fois.

S'il se forme du pus de nouveau, comme c'est souvent le cas quand il y a de la pyorrhée, il faut ou un curettage complet ou un germicide escharotique, comme l'acide lactique pur, la teinture d'iode ou le dissolvant de Joseph Head. Les meilleurs résultats sont donnés par la teinture d'iode dans la plupart des cas, après le nettoyage et le curettage, ainsi que dans les traitements subséquents ; c'est un germicide actif, pénétrant profondément dans l'os. Ces irritants sont employés non seulement comme germicides, mais comme escharotiques, car la nature renouvelle ses efforts si l'on pratique des incisions dans l'alvéole à des intervalles convenables, de quelques jours à une semaine. Veiller à ce que ce traitement ne détruise pas tout tissu nouveau formé.

Si les tissus sont mis et maintenus à l'état normal pour la réparation, la guérison de l'os et du cément se produira en temps voulu, — 2 à 4 mois — ou dans le temps que mettent ces lésions pour guérir naturellement. La chair guérit plus rapidement que le cartilage, l'os ou le cément.

Abstraction faite de la lésion initiale des gencives au commencement de la maladie, la maladie de l'os est, à mon avis, cause de l'inflammation des tissus mous et, par suite, quand l'os sera sain, les gencives le seront également.

Ce n'est que dans quelques cas que les tissus peuvent reprendre leur hauteur normale au-dessus des collets, mais ce qui reste peut être mis et maintenu en bon état.

Souvent l'artériosclérose, l'auto-intoxication ou d'autres désordres constitutionnels empêchent la guérison de ces lésions comme elles empêchent la guérison de lésions dans d'autres parties du corps. Si ces états existent, l'opérateur ou le médecin de la famille doivent s'en occuper, car l'état du sang et des vaisseaux sanguins jouent un grand

rôle dans la prédisposition des sujets à l'alvéolite ou à d'autres maladies et dans la tendance des tissus à la réparation ou à l'affection chronique. De sorte que les désordres constitutionnels doivent être surveillés, ainsi que les désordres locaux.

Beaucoup des alvéolites nécrosées ou suppurées se sont trouvées bien du traitement constitutionnel ; mais c'est toujours après que les dépôts ont été enlevés des racines, ce qui, à mon avis, est le facteur principal.

D'après ce qui précède, les lois de la réparation sont telles que le traitement mécanique doit être continué jusqu'à ce que toute particule de dépôt calcaire ai disparu, le plus petit fragment étant un obstacle à la réparation complète.

La nature réparera incontestablement ces cas si nous lui en fournissons la possibilité.

(Dental Summary.)

REVUE ANALYTIQUE

Remplacement total du maxillaire inférieur.

Dans deux cas (tuberculose étendue du maxillaire inférieur et sarcome myélogène), un maxillaire en caoutchouc fut, aussitôt après extirpation du maxillaire atteint, mis à sa place ; les muscles et la peau recousus par-dessus et la langue fixée à l'aide d'un lien.

Les malades purent boire de suite après l'opération et deux ou trois jours plus tard, mâchèrent des aliments de faible consistance.

Trois mois après eut lieu le remplacement par un maxillaire creux avec dents. Les patients purent manger des aliments consistants.

Une des malades mourut quelques mois plus tard de tuberculose pulmonaire et l'on put procéder à un examen anatomique pour lequel nous renvoyons à l'article original, en raison des intéressants détails observés. A noter spécialement les modifications pathologiques des vaisseaux musculaires dont les parois contenaient d'importants dépôts de chaux, dégénérescence hyaline et graisseuse du masséter et du temporal.

L'articulation présentait sur la paroi postérieure une forte usure de l'os, provoquée par le condyle artificiel ; à l'endroit usé, des tissus fibreux.

La fermeture assez énergique des mâchoires était produite par la contraction des muscles ptérygoïdiens et temporaux, action dans laquelle le masséter, qui était très dégénéré, ayant été d'une part cousu avec le ptérygoïdien et d'autre part se trouvant en partie enclavé dans la masse du temporal, servait pour ainsi dire d'organe de transmission.

La contraction de ces muscles provoquait le relèvement du maxillaire artificiel placé entre le masséter et le ptérygoïdien interne.

L'abaissement du maxillaire (ouverture de la bouche), était provoqué par la contraction des muscles digastrique, génio-hyoïdien, mylo-hyoïdien.

Une particularité intéressante a été observée par l'auteur ; elle consistait en ce que à chaque fois que la bouche s'ouvrait, il se produisait une légère excursion de la tête en arrière.

La coupe médiane étudiée, concurremment avec la coupe au bord inférieur interne du menton, donna les meilleurs résultats : la cicatrice du menton constituant un appui solide pour la pièce, l'obligeait à chercher un point fixe dans la cavité de l'articulation et maintenait cette pièce en équilibre jusqu'à ce que les branches montantes fussent recouvertes de tissu conjonctif solide.

(H. Riegner, *Beitrage z. Klin. Chir.*, t. 75, n°s 1 et 2, *in Laboratoire,* 10 mars 1912.)

Traitement de l'obstruction nasale par l'écartement rapide des os maxillaires supérieurs.

Même après l'ablation des végétations adénoïdes et des amygdales palatines, la gêne de la respiration nasale n'en persiste que trop souvent chez les enfants. C'est qu'elle est due à une étroitesse anormale des conduits aériens osseux ou cartilagineux.

Il existe souvent dans ces cas un arrêt de développement du maxillaire supérieur et conséquemment une irrégularité très marquée des dents. C'est généralement en vue de la régularisation des dents, au point de vue esthétique, que le dentiste est appelé à intervenir.

Mais au lieu d'intervenir dans le but unique d'obtenir la régularisation des dents sur l'arcade, on peut être appelé à intervenir dans un but plus important, celui d'obtenir une dilatation telle de l'arcade que la perméabilité des choanes soit augmentée et, par suite, l'amplitude de la respiration, pour le plus grand bénéfice des jeunes malades.

Les os du nez sont, en effet, en rapports intimes avec ceux de la mâchoire supérieure. Que ceux-ci viennent à être écartés l'un de l'autre, les os du nez suivent le même mouvement, la voûte palatine est abaissée, le septum nasal redressé et l'espace respiratoire agrandi.

C'est dans ce but que Georges Brown, de Milwauke, a préconisé l'écartement rapide des os maxillaires supérieurs. Cette opération donne des résultats remarquables. L'aspect extérieur de l'enfant se transforme, la respiration nasale se rétablit, l'appétit est stimulé, l'activité cérébrale augmentée et la santé générale tout à fait améliorée.

On a longuement discuté sur la question de savoir si les appareils agissent réellement sur les os maxillaires, ou bien seulement sur leur portion alvéolaire et sur les dents. Celles-ci seraient éversées au dehors dans leur partie coronaire, tandis que l'apex ne bougerait nullement. L'abaissement de la voûte ne serait alors qu'une illusion d'optique.

Les rhinologistes ont depuis longtemps observé que chez les enfants ayant souffert plus ou moins longtemps d'obstruction nasale les anomalies maxillaires étaient très fréquentes. Ces anomalies ont été classées par J. Stoddard Barr, sous quatre classes :

1° Arrêt de développement portant sur une partie ou sur la totalité de la mâchoire supérieure ;

2° Le rétrécissement de l'arcade alvéolaire de la mâchoire supérieure surtout dans la partie comprise entre les premières molaires donnant à cette arcade la forme en V ou en U ;

3° Une forme élevée et rétrécie de la voûte palatine avec ou sans ouverture des dents ;

4° Comme conséquence de ces divers états, les dents chevauchent les unes sur les autres.

Ce qui frappe surtout, quand on examine un enfant atteint d'obstruction nasale ce sont les quatre particularités suivantes : *a*) l'ouverture permanente de la bouche ; *b)* le relâchement de la mâchoire inférieure ; *c*) l'absence d'expression du visage due à la tension des muscles des joues ; *d*) le peu de longueur de la lèvre supérieure.

La bouche étant constamment ouverte les muscles des joues sont

tendus et exercent une pression permanente sur l'arcade alvéolaire, pression comparable à celle d'une bande élastique. Cette action se manifeste par l'étroitesse maxima de l'arcade au niveau de la première molaire où précisément se fait la plus grande pression.

Il se produit alors un rétrécissement marqué de la voûte palatine et une élévation de sa partie supérieure. Le plancher seul s'élève de ce fait, déterminant la flexion de la cloison qu'on observe constamment chez ces malades.

Cette flexion est bien la preuve de l'élévation de la voûte palatine. Pourquoi en effet celle-ci s'infléchirait-elle si elle avait tout l'espace nécessaire pour se développer ? La fréquence avec laquelle se rencontre l'infléchissement de la cloison semble bien indiquer que le plancher nasal est souvent surélevé.

Si, par des moyens artificiels, il est possible de faire revenir la voûte palatine à sa position première, on déterminera un agrandissement de la cavité nasale et par suite une diminution de l'obstruction. C'est ainsi que la légitimité de l'écartement des massifs alvéolaires ou de l'expansion de l'arcade apparaît nettement.

Cela est réalisable par des moyens lents et par des moyens rapides, les uns et les autres sans aucun danger et presque sans aucune gêne pour les intéressés. Les résultats cliniques prouvent l'efficacité de cette action des appareils dilatateurs appliqués sur les maxillaires pour obtenir l'agrandissement de la cavité nasale et par suite de la capacité respiratoire.

Mais la preuve matérielle en a été faite également par des mensurations rigoureuses.

Récemment encore, L. W. Dean (de Iowa) citait un cas d'écartement de l'arc maxillaire dans lequel des mensurations très précises démontraient l'agrandissement consécutif des cavités nasales.

Les avantages de cette méthode sont hors de conteste. Ils sont d'ailleurs si éclatants que le médecin aussi bien que le patient et son entourage s'en rendent de suite compte. Les enfants dont la perméabilité nasale est diminuée sont toujours pâles, nerveux, fatigués sans aucune propension à l'effort intellectuel ou physique. Peu après l'application de ces appareils, tout change du fait de l'augmentation de la capacité respiratoire. Les enfants respirent beaucoup mieux, peuvent marcher, courir, sans aucun effort.

(NOGUÉ, *Archives de Stomatologie*, décembre 1911.)

A propos de la stomatite à gonocoques.

Il est un fait incontestable, c'est que le gonocoque peut vivre dans la bouche. Il n'y trouve pas un milieu d'élection, mais il peut y séjourner et y proliférer, car dans certaines observations, il est noté qu'on l'y a retrouvé à plusieurs reprises. Mais ce gonocoque est-il l'argent de l'affection, ou bien doit-on considérer sa présence comme une coïncidence, dans une stomatite d'une autre nature ?

Chez les nourrissons, la stomatite se montre comme une complication rapide de la conjonctivite, par pénétration du gonocoque dans les fosses nasales, que souvent il infecte, et de là, dans la bouche. Il semble donc

bien que, dans ces cas, on ne puisse nier la spécificité du gonocoque.

Chez les adultes, on n'a pas assez éliminé les affections locales ou générales susceptibles de provoquer des gingivites ou des stomatites. En revanche, on doit attacher une certaine importance au fait déjà signalé, que les malades sont des blennorrhagiques ou avouent un rapprochement oro-génital.

Si donc, on admet d'une part que le gonocoque puisse être l'agent des stomatites des nourrissons, pourquoi ne l'accepterait-on pas pour l'adulte chez lequel l'ensemencement pourrait être favorisé par une excoriation ou une inflammation préalable de la muqueuse de la bouche?

En tous cas, ces stomatites guérissent parfaitement à l'aide des antiseptiques habituellement employés contre le gonocoque : nitrate d'argent, sublimé et surtout permanganate de potasse.

Il semble qu'il existe bien une stomatite à gonocoques, affection peut-être moins rare qu'on ne le croit, parce qu'on n'y songe pas et parce que l'étiologie en reste souvent obscure en raison des questions un peu délicates que l'on doit poser aux malades.

(Ch. Jourdin, *Arch. de Laryngol. n° 1, 1912 in Journ. Méd. interne,* 20 mars 1912.)

L'anesthésie locale pour l'extirpation du maxillaire supérieur.

Dans trois cas d'extirpation du maxillaire supérieur, M. Guedea *(Rev. di med. y Cir. practicas,* n° 1210) a eu recours à l'anesthésie locale, laquelle facilite beaucoup la tâche du chirurgien, et il n'aurait eu qu'à se louer de son emploi.

Les injections étaient à deux concentrations différentes, suivant qu'elles étaient destinées à l'imprégnation du champ opératoire ou à l'imprégnation des gros troncs nerveux de la région. La solution utilisée dans le premier cas renfermait 0,50 °/₀ de novocaïne avec adrénaline, en dissolution dans du sérum physiologique; quant à la solution destinée à l'anesthésie des gros troncs nerveux, elle contenait les mêmes médicaments, mais 1 ou même 2 °/₀.

L'auteur commence par anesthésier les parties molles avec la solution à 0,50 °/₀, en injectant trois séries de 5 à 10 cc. Puis il passe aux troncs nerveux : le nerf maxillaire supérieur est injecté à son point d'émergence du crâne ; il reçoit dans sa gaine 5 à 10 cc. de la solution concentrée.

M. Guedea pratique ensuite une nouvelle ponction à l'angle inféro-externe de l'orbite, pour y injecter une égale quantité de la solution, de manière à compléter l'anesthésie du nerf maxillaire supérieur dans son trajet. Il répète l'injection en suivant la paroi interne de l'orbite, de façon à anesthésier les nerfs ethmoïdaux.

Les heureux résultats que l'auteur a obtenus avec cette façon de procéder l'encouragent, à recommander l'anesthésie locale en pareille occurrence : outre qu'elle suffit parfaitement à entraîner une absence complète de douleur, elle a un effet hémostatique qui n'est pas à dédaigner.

(*Bulletin méd.*)

Une dent à pivot de l'antiquité.

Parmi les crânes conservés au musée de Metz, il s'en trouve un qui a été recueilli, avec quelques autres fragments, en pleine terre, lors de l'ouverture d'une rue, à 1 m. 60 de profondeur. Ce crâne possède dans la mâchoire supérieure une dent à pivot confectionnée selon toutes les règles de l'art, d'après le modèle, et fixée par un fil d'or à la dent voisine.

Ne pouvant disposer d'une dent de porcelaine, notre « vieux confrère » s'est servi d'une dent humaine de forme convenable. Cette dent a été fixée à l'aide d'un pivot d'or long de 3/4 de cm., enfoncé dans la racine de la dent absente, et rattachée à la dent voisine par un fil d'or. Le tout a été laissé, avec la crâne et la mâchoire, dans l'état où il était lors de la découverte.

Le pivot d'or est fixé dans l'axe de la dent et a été soigneusement poli sur sa face linguale. Le fil d'or traverse deux trous percés à la partie gauche et supérieure de la dent, du côté de la racine et embrasse d'un nœud serré la canine voisine ; le vieux maître a eu bien soin de placer les deux chefs entortillés dans l'intervalle entre la canine et sa voisine, de façon à ne léser ni la langue ni les lèvres. De même, le fil d'or n'est pas visible sur la face labiale. Les racines de ce crâne présentant toutes une longueur considérable, il a été facile à notre « vieux confrère » d'employer un pivot assez long. Le pivot et le canal radiculaire paraissent avoir été adaptés l'un à l'autre avec le plus grand soin, et la dent a été fixée à l'aide de résine ou d'un corps analogue et consolidée encore à l'aide du fil d'or. A en juger d'après l'aspect actuel, la dent doit avoir été fort solide, et sans doute, le vieux maître a joui d'une grande réputation. Le travail tout entier a été exécuté avec la plus grande exactitude, afin de trahir le moins possible l'origine artificielle de la dent. Le fil d'or a dû être placé aussi près que possible de la gencive, afin d'être à peu près invisible. De la racine elle-même, il ne reste que la pointe. La paroi antérieure de l'alvéole a disparu, de sorte que l'inspection de l'intérieur est aisé.

Ce qui frappe un peu, c'est l'absence complète de la racine, sauf la pointe demeurée insérée dans la mâchoire, d'autant plus que la dent n'a pas quitté sa place. La racine s'est-elle fendue sous l'influence des manipulations précédant la pose, ce qui aurait diminué sa résistance à l'action du milieu et précipité sa destruction ? Si la dent n'avait été maintenue par le fil d'or, elle serait tombée et n'aurait probablement pas été retrouvée. S'est-il produit pendant la vie un abcès qui aurait détruit la paroi antérieure de l'alvéole, et résorbé la plus grande partie de la racine ? Ce sont là des questions auxquelles chacun est libre de répondre comme il l'entendra.

Le crâne paraît avoir appartenu à une femme et d'après l'état d'usure des dents, celle-ci serait morte à l'âge de 50 ou 60 ans. Comme elle a sans doute fait exécuter cette prothèse à la fleur de l'âge et non dans ses vieux jours, la dent doit avoir servi pendant de longues années. D'après sa forme belle et régulière, le crâne doit être qualifié

de dolichocéphale germanique. Sa circonférence est de 48 cm., sa longueur de 17 cm. et sa largeur de 13 cm.

Pour déterminer son âge, on peut se baser sur les faits suivants. Sur l'emplacement où il a été trouvé, existait à l'époque romaine un petit amphithéâtre, qui a dû être édifié au début du 4e siècle après la démolition d'un bâtiment beaucoup plus grand qui se trouvait sur un autre terrain. On ignore absolument ce qui se trouvait à cet endroit à l'époque mérovingienne. Plus tard, l'emplacement fut occupé par un établissement de l'ordre de Malte, puis de 1556 à 1762 par un couvent de femmes. Il est peu probable que le crâne date de l'époque romaine, car les Romains n'admettaient pas de sépulture dans la banlieue de la ville. Son origine la plus reculée pourrait donc remonter aux Mérovingiens, la plus récente au début du XVIIIe siècle.

Son état de conservation ou de destruction, comparé à celui d'autres crânes trouvés dans le même terrain, paraît indiquer une époque plus ancienne. La détermination de son âge varie donc entre plus de dix siècles et deux siècles environ.

(Deutsche Zahnärztliche Zeitung, n° 38, 1911.)

Mortalité due au chlorure d'éthyle.

La Therapeutic Gazette du 15 mai 1911 contient un article intitulé : « Danger comparatif du chlorure d'éthyle comme anesthésique », duquel nous extrayons ce qui suit.

Dans cette communication Miller présente une statistique portant sur 43.796 anesthésies par le chlorure d'éthyle, avec 5 décès. Miller évalue la mortalité due à cet agent à 1 pour 8.800.

Mac Cardie présente une statistique portant sur 9.711 cas avec 4 décès qu'il a connus.

En additionnant ces deux statistiques on trouve 51.507 cas avec 9 décès, soit 1 pour 5.700.

Sur 22 morts signalées par Luke, 8 se référaient à des cas dentaires.

Miller fait remarquer que les signes de danger dans l'anesthésie au chlorure d'éthyle sont tels qu'ils peuvent aisément échapper à tous, sauf à l'anesthésiste très expérimenté.

Un autre élément de danger, c'est l'extrême soudaineté de la mort. Dans la grande majorité des cas la mort est survenue par suite d'une anesthésie de moins de 5 minutes.

La facilité avec laquelle cet agent est employé par des praticiens inexpérimentés et n'en ayant pas l'habitude, imbus de l'idée qu'il est aussi sûr que le protoxyde d'azote, est presque criminelle. Cette pratique devrait être sévèrement condamnée par la profession médicale. Des considérations comme sa facilité de transport ne devraient pas rester en balance un instant contre le fait que le chlorure d'éthyle est environ 200 fois aussi dangereux que le protoxyde d'azote.

(Dental Summary.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 5 mars 1912.

Présidence de M. Heidé.

La séance est ouverte à 9 h. 1/4.

I. — Correspondance.

Le secrétaire général fait part des excuses de M. Robin et communique une lettre de M. Förberg, de Stockholm, remerciant des félicitations qui lui ont été adressées à l'occasion de son soixantième anniversaire.

Il annonce que le dimanche 17 mars M. Mummery, professeur à l'Ecole dentaire de Londres, viendra présenter des coupes concernant l'innervation de la dentine. Il a terminé récemment un travail très remarquable sur ce sujet, travail qui est actuellement soumis à l'examen de l'Académie royale de chirurgie.

II. — L'air chaud, par M. Jolivet.

M. Jolivet donne lecture de sa communication (publiée dans *L'Odontologie* du 30 avril 1912), au cours de laquelle il présente les différentes pièces composant son appareil.

Il donne diverses indications concernant la consommation de courant électrique de l'appareil tout en signalant que par sa construction particulière on évite d'envoyer dans la bouche du malade un ampérage élevé, de sorte qu'on n'a pas à craindre les secousses électriques.

Il explique comment on peut faire varier la température de l'air chaud en plaçant sur le courant une ou plusieurs lampes électriques.

Il emploie les bouteilles d'air comprimé de Michelin, et à l'aide d'un dispositif particulier, il ouvre à l'aide du pied le robinet de cette bouteille et obtient à sa volonté l'air qui lui est nécessaire à la pression désirée. Les bouteilles d'air de Michelin coûtent un peu cher, mais l'entretien en est absolument nul. L'appareil est absolument stérilisable, il permet d'avoir de l'air chauffé à 130 degrés ; on fond très facilement le soufre, ce qui témoigne du degré de température atteint, puisque le soufre fond à 126°.

M. Jolivet ajoute : Je vous signalerai un point intéressant : l'emploi des médicaments dans la soufflerie. Un petit dispositif excessivement

simple que j'ai adopté dans mon cabinet me rend de bons services. Les résultats jusqu'à présent sont excellents et c'est parce qu'ils ne sont pas encore au point que je ne vous donne pas davantage de détails sur ces essais.

DISCUSSION.

M. Godon. — J'ai eu beaucoup de plaisir à entendre M. Jolivet nous présenter son ingénieux appareil. Je trouve très intéressant l'emploi de l'air chaud dans notre pratique journalière. J'ai moi-même une installation qui utilise l'air comprimé, avec un appareil qui est construit d'une façon analogue à celui qui vient de nous être présenté. L'air vient se chauffer sur le fil rougi par l'électricité. Je trouve que de tels instruments nous rendent de très grands services et c'est pourquoi j'approuve et j'applaudis l'installation très pratique que nous présente M. Jolivet.

Je trouve également très utile l'emploi des médicaments pour saturer l'air qu'on envoie dans la bouche de différents produits.

L'emploi de l'air comprimé chaud ou froid est vraiment devenu très pratique chez nous et on doit applaudir à toutes les combinaisons, à tous les appareils et installations ingénieuses, comme celle que nous présente ce soir M. Jolivet, qui nous permettent d'employer l'air comprimé.

M. Jolivet. — Je remercie M. Godon de ses aimables paroles qui sont pour moi un encouragement. J'ai fait cet appareil pour les hôpitaux, dans les endroits où l'on n'a pas facilement l'électricité.

Le président. — Dans l'historique très complet que M. Jolivet nous a fait, il a omis le nom de M. Barbe, qui a fait une communication à la Société d'odontologie.

M. Godon. — Je voulais le signaler aussi, je me reproche de l'avoir oublié. C'est effectivement le premier qui a présenté un appareil de ce genre. Il était membre de la Société et diplômé de l'Ecole. Sa communication était : Présentation d'une poire à air chaud chauffée électriquement.

Le président. — C'était en 1886 ou 1887, si je me souviens bien.

M. Godon. — Du reste, c'est dans le livre de Dubois.

M. Roy. — Dans la première édition.

Le président. — Je remercie M. Jolivet de sa très intéressante présentation.

M. Jeay. — Il y a en ce moment un mouvement excessivement important en chirurgie générale pour appliquer plus que jamais nos idées d'assèchement des plaies dans certaines gangrènes. Les dentistes ont pleinement le droit de revendiquer qu'ils ont été les premiers à utiliser l'air chaud comme antiseptique et véhiculant des médicaments.

III. — Les lois de la perte d'équilibbe dans la bouche, par M. Ferrand.

M. Ferrand donne lecture de cette communication (qui sera publiée). Il l'interrompt pour expliquer au tableau noir sa théorie.

Nous connaissons le parallélogramme des forces de M. Godon, mais, au lieu de placer ce parallélogramme dans le sens postéro-antérieur ou longitudinal, nous le placerons dans le sens vertical, dans le sens palato-jugal.

Si nous schématisons par un trapèze le maxillaire supérieur et le maxillaire inférieur, dans l'articulation type il y a une épaisseur beaucoup plus considérable à la table interne du maxillaire supérieur et la table externe est beaucoup plus mince. Au maxillaire inférieur, nous avons au contraire une table interne très mince et une table externe beaucoup plus importante.

D'autre part, c'est capital, chaque fois que nous aurons une lésion siégeant au maxillaire supérieur bord palatin, ou au maxillaire inférieur sur la table externe, nous aurons des déviations absolument inverses par rapport aux lésions.

Si nous avons une lésion sur la table interne du maxillaire supérieur, alors que les forces internes devraient être plus grandes que les forces externes, c'est le côté de la table externe qui a une puissance plus grande que le côté palatin ; au lieu d'avoir de la palato-version, nous aurons de la jugo-version et nous pourrions avoir le même cas de l'autre côté.

Si nous avons une lésion qui siège à la table externe du maxillaire inférieur, au lieu d'avoir de la vestibulo version ou de la jugo-version, nous aurons de la linguo-version exagérée.

Normalement nous avons un maxillaire inférieur plus puissant du côté externe qu'à la table interne, mais si une cause enlève la puissance à la table externe du maxillaire, par suite de pyorrhée ou d'une lésion quelconque, la force de la table interne aura la supériorité sur celle de la table externe et la dent pivotera dans la direction de la table interne et nous aurons une linguo-version exagérée.

Si les lésions siègent du côté le plus faible du maxillaire, au maxillaire supérieur, ou au maxillaire inférieur, nous n'aurons que la situation normale exagérée, c'est-à-dire que la dent conservera la direction qu'elle a normalement en cas de rupture, mais une direction exagérée dans le même sens, les muscles, la langue et les joues ne devant donner aucune force ou très peu de force ; dans ces cas nous disons que le tissu osseux joue un rôle extrêmement puissant dans ces déformations des dents.

Nous nous sommes placés chez des sujets adultes et non chez des sujets jeunes.

(*M. Ferrand* continue la lecture de sa communication, qui est très chaleureusement applaudie.)

DISCUSSION.

M. Roy. — Le travail de M. Ferrand est intéressant, seulement il y manque une chose que je regrette de ne pas avoir vue, car ce serait plus concluant que tout ce qu'il pourra nous expliquer oralement, c'est la présentation de modèles, ne serait-ce qu'un seul, à l'appui de sa communication. Il nous a apporté des affirmations sur des faits que j'ignorais pour ma part, mon attention n'ayant jusqu'ici pas été appelée de ce côté. Or j'aurais aimé avoir un modèle sous les yeux, parce que cela eut été infiniment plus probant que les dessins schématiques qui nous ont été faits au tableau. La présentation d'une bouche, d'un modèle, c'est un fait précis sur lequel on peut discuter d'une façon plus utile.

J'attendrai donc pour discuter davantage les théories émises par notre confrère la production de modèles ou de bouches, ce qui est, à mon avis, la seule base d'une discussion pour une question de ce genre.

Je signalerai toutefois une petite erreur qui s'est glissée dans le travail de M. Ferrand : il base une partie de sa théorie sur ce que la table alvéolaire externe est plus mince que la table interne. Cela n'est pas exact, ou plutôt ce n'est exact que pour la dent de sagesse inférieure. Pour la seconde grosse molaire, il y a à peu près équilibre, mais dès qu'on arrive à la première grosse molaire et aux autres dents antérieures, c'est la table alvéolaire externe qui est la plus faible, et la table interne qui est la plus épaisse et la plus résistante.

Toute la technique de l'extraction est d'ailleurs basée sur cette différence d'épaisseur entre les deux tables alvéolaires, puisque la luxation des dents, aussi bien à la mâchoire inférieure qu'à la mâchoire supérieure, se fait surtout aux dépens de la table alvéolaire externe parce que celle-ci étant plus mince, c'est elle qui cède le plus facilement.

Au contraire au niveau de la dent de sagesse inférieure la différence est inverse, et c'est ce qui a permis à M. Pont, de Lyon, de nous présenter son procédé nouveau d'extraction de la dent de sagesse basé sur la luxation de la dent de sagesse en dedans, parce que cette dent fait exception et a un bord alvéolaire interne plus faible que le bord externe.

Le schéma que nous présente M. Ferrand se rapporte très exactement à la dent de sagesse inférieure, il ne se rapporte pas du tout aux autres dents de la mâchoire qui ont une disposition absolument différente.

En dehors de cette critique anatomique je ne m'étendrai pas davan-

tage sur ce travail, me réservant de le faire lorsque M. Ferrand nous présentera les modèles qu'il nous promet.

M. Godon. — J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt la communication de M. Ferrand qui m'a fait l'honneur de citer mon travail.

Pourtant je dois dire qu'il me faut faire quelques réserves, au moins jusqu'après lecture du travail qu'il vient de nous présenter.

L'autre jour au déjeuner du Cercle Odontologique, j'ai causé avec M. Ferrand et je lui faisais cette objection : Les dents, lorsqu'il y a rupture de l'équilibre, se déplacent. Un certain nombre de forces concourent à ce déplacement. M. Ferrand nous dit : ce ne sont pas les muscles, ce sont les alvéoles qui agissent. Les modifications des alvéoles, des plans osseux amènent ces déplacements.

Quelle est exactement, dans l'ensemble des facteurs qui concourent à ces déplacements, la valeur de chacun d'entre eux ? Il est admis, je crois, par la plupart des auteurs que les muscles de la mâchoire, de la langue, des joues concourent pour la plus grande part aux déplacements des dents dans les arcades dentaires, lorsqu'il y a rupture de l'équilibre, et vraiment si vous dites que ce sont ces modifications osseuses qui ont déplacé les dents dans un sens ou dans l'autre, il me semble bien que vous prenez là le fait pour la cause, parce qu'il y a eu des modifications alvéolaires sous l'influence des pressions musculaires, je ne dis pas dans tous les cas que vous citez, mais dans un certain nombre d'entre eux.

Ce sont là des questions qui demandent à être bien examinées d'après chaque cas avant de se prononcer, mais tout de même il m'apparaît à première vue que ce sont encore les muscles qui agissent le plus souvent. Cependant, je voudrais, comme l'a dit M. Roy tout à l'heure, avoir des modèles en mains pour pouvoir raisonner sur des cas précis, pour pouvoir rechercher quelle est la force qui a amené un déplacement des dents dans telles ou telles directions.

J'ai reçu un travail du professeur Trauner, de Graz, qui a étudié cette question dans une conférence qu'il a faite au Congrès de Stomatologie en Autriche[1]. Cet auteur cite les différents praticiens qui se sont occupés de la question. Il signale un point important, c'est que dans les déplacements des dents il faut encore tenir compte du centre de gravité de la dent qui n'est pas toujours au centre apparent de la dent, parce que les dents occupent souvent une position oblique.

L'obliquité des racines, la forme particulière des racines, la forme des couronnes, les rapports avec les dents voisines, sont autant de facteurs qui interviennent dans les cas de rupture d'équilibre et font que les dents occupent des positions et suivent des directions tout à fait

1. V. *Odontologie*, 1912.

différentes de celles qu'on peut concevoir dans une bouche normale. Il y a donc à tenir compte d'un nombre considérable de facteurs et il ne me paraît pas qu'on puisse attribuer uniquement aux modifications osseuses les déplacements des dents plutôt qu'aux forces produites par l'ensemble des muscles de la bouche qui me paraissent de beaucoup les plus puissants facteurs de ces déformations.

M. Ferrand. — J'avais l'intention d'apporter des modèles, mais je n'ai pas une collection suffisante actuellement. Je suis très heureux de la demande de modèles qui m'est faite, car leur production sera une preuve de ce que j'avance.

Je me suis basé sur la dent de 6 ans et sur les coupes que j'ai faites sur des maxillaires ; il m'a semblé qu'au maxillaire inférieur et sur la dent de 6 ans, le maxillaire inférieur était beaucoup plus mince à la table interne qu'à la table externe.

Une vive discussion s'engage entre *MM. Ferrand, Godon, Roy, Masson* sur la valeur des forces et des résistances en action dans le problème ainsi posé. *M. Ferrand* attribue à l'alvéole une action propre, tandis que ses interlocuteurs ne lui reconnaissent qu'un rôle passif et font de l'élément musculaire la cause des déplacements. D'ailleurs la discussion, qui porte une des figures schématiques sans précision, est renvoyée à une séance ultérieure, où la question sera étudiée avec modèles à l'appui.

Le président. — Nous remercions M. Ferrand de sa communication si travaillée, si étudiée.

IV. — Démonstrations de M. Mummery.

M. Robinson. — Le président me fait l'honneur de me donner la parole pour vous parler de la visite de M. Mummery.

M. Mummery est professeur de bactériologie et d'histologie dentaires à l'Ecole dentaire de Londres. C'est un membre très estimé de la Société royale qui peut être comparée à peu près à l'Académie des sciences en France. Il est excessivement érudit.

Son idée était de prouver que les fibrilles de Tomes pénétraient dans les canicules. Il est arrivé, à avoir à l'heure qu'il est, une série de coupes qui démontrent d'une façon indéniable la pénétration des matières nerveuses dans les tissus de la dentine.

L'été passé, après la réunion de la Fédération dentaire internanale, il m'a fait l'honneur de m'inviter avec le professeur Darby à voir ses coupes. Nous étions émerveillés.

Il vient d'être invité à Utrecht à montrer ses coupes. M. Mummery ne peut pas rentrer en Angleterre sans passer par Paris ; il s'est souvenu fort à propos qu'il a l'honneur d'être membre honoraire d'une Société dentaire française et il n'a pas cru pouvoir passer à Paris sans au moins vous montrer quelques coupes. Il m'a donc

écrit pour soumettre cette proposition à M. Godon. Ce dernier, avec son amabilité proverbiale, a accueilli favorablement ma demande et il a fait l'honneur à M. Mummery de lui permettre de donner ici une séance le 17 mars prochain.

M. Mummery serait donc heureux de montrer à ceux que cela peut intéresser les résultats de ces travaux ; je vous assure, d'après ce que j'ai vu moi-même, que ceux qui viendront ne seront pas déçus.

M. le président. — Nous prenons bonne note de l'annonce que vous nous faites de la visite prochaine de M. Mummery.

M. Godon. — Et nous remercions M. Robinson d'avoir bien voulu être notre interprète auprès de lui pour l'amener ici.

V. — Porte-empreinte a bêche, par M. Léger-Dorez.

M. Léger-Dorez fait sur ce sujet une communication (V. *L'Odontologie* du 30 avril 1912).

VI. — Prise de l'antagonisme, par M. Léger-Dorez.

M. Léger-Dorez. — Je vous demande la parole pour vous exposer un procédé que j'emploie et que j'ai décrit en son temps : la prise d'antagonisme dans la confection des bridges (V. *L'Odontologie* du 15 avril 1912).

Ce procédé consiste à emprisonner entre deux couches de stents chaud une bande de papier. Une fois qu'elle est dans la bouche, le malade est invité à mordre fort et à conserver la mâchoire fermée, jusqu'au refroidissement total que l'on peut activer par des injections d'eau glacée. On obtient ainsi un antagonisme aérien faisant le pont sur l'espace vide, pont maintenu rigide par la présence interposée du papier entre les feuilles de stents et l'on arrive à placer des ponts justes et sans être obligé d'incruster l'antagonisme.

Discussion.

M. le président. — Votre ingéniosité va devenir proverbiale.

A propos de ce procédé, je dirai cependant que l'articulation n'est peut-être pas toujours fidèle, tout de même.

M. Léger-Dorez. — J'en parle pour les bridges.

M. Roy. — A propos de la communication de M. Léger-Dorez, je signalerai ce fait. J'ai lu dans un journal qu'un auteur conseillait pour l'articulation des inlays d'or de placer pour articuler l'inlay d'or d'une façon parfaite, lorsqu'on a pris l'empreinte avec la cire, de faire mordre sur la cire avec un petit morceau de digue de caoutchouc. Cela assure, dit-il, l'articulation d'une façon absolument parfaite, il n'y a pas de retouche d'articulation à faire lorsqu'on pose l'inlay. Cela vient donc confirmer l'observation de M. Léger-Dorez.

VII. — De l'esthétique dento-faciale au point de vue prothétique par M. Georges Villain.

M. Georges Villain. — Je vous prierai de m'excuser, si je vous fais ce soir une communication insuffisamment préparée.

Notre secrétaire général m'a demandé, il y a quelques jours seulement de m'inscrire pour ce soir, je l'ai fait très volontiers croyant que je pourrais m'occuper du sujet, mais le temps m'a manqué pour le faire. Je vais donc vous donner ce soir communication des notes qui doivent servir de base à un travail qui sera publié dans *L'Odontologie.*

Je désire vous entretenir de l'esthésique faciale dans nos interventions prothétiques.

J'entends m'en tenir aujourd'hui aux interventions prothétiques, pures, c'est-à-dire aux restaurations à l'aide d'appareils de prothèse.

La face est le siège de l'expression et la bouche par sa mobilité participe grandement à cette expression.

Les dents forment la charpente, le squelette de la bouche, elles soutiennent les joues et les lèvres et concourent au développement et au maintien des contours de la face dans une portion allant de l'aile du nez à la symphyse du menton et s'étendant jusqu'à 3 centimètres environ de la branche montante du maxillaire inférieur et du conduit auditif. Cette portion de la face constitue la zone d'expression susceptible d'être rétablie ou modifiée par le prothésiste.

Si la détermination de cette zone d'influence prothétique est aisée, il n'en est pas de même des modifications que le dentiste est amené à lui faire subir. Nous n'avons pas ici à rétablir une fonction, mais bien une partie de la physionomie. Cette tâche est délicate, elle nécessite une conception très nette du beau et de l'harmonieux.

Ici le dentiste ne supplée pas par une application mécanique à une action physiologique compromise, il modèle une partie de la face d'un individu qui pense, qui agit, il lui faut donc par cette *plastique* reproduire *l'expression.*

La bouche exprime par l'action des muscles qui l'animent : le rire, le pleurer, le mécontentement, la tristesse, le dégoût, le dédain, le mépris, l'effroi ; par leur fonction, leurs rapports, les lèvres révèlent les passions, telles que la violence, la sensualité, la méchanceté, l'orgueil, elles expriment la fierté, la volonté, l'arrogance, la pitié, l'énergie.

Toutes ces expressions naturelles ou affectées ne peuvent se réaliser sans le concours des dents ; il faut que celles-ci, qui forment le squelette destiné à maintenir les tissus mous, aient une forme, une direction appropriée à l'expression naturelle caractérisant l'individu ou plutôt ses sentiments, il faut que ces dents permettent aux lèvres

qu'elles soutiennent une mobilité correctement dirigée suivant l'expression que l'homme veut rendre.

Certes la bouche édentée exprime autant que toute autre, mais nous ne sommes pas suffisamment accoutumés à voir des bouches édentées pour en saisir les diverses expressions très modifiées dans leur forme si les lèvres ont perdu leur soutien, les dents et le procès alvéolaire ; il est donc nécessaire de remplacer les dents pour rétablir l'expression, et de le faire avec jugement pour ne pas modifier l'expression habituelle du sujet chez qui nous les plaçons.

Nous n'entendons pas faire du prothésiste un artisan qui modèle à son gré un sujet : il doit être un artiste dans toute l'acception du mot et il ne peut être cet artiste sans être un penseur. « L'ignorant déclame, l'artiste raisonne. »

La prothèse n'a pas pour but esthétique, en modifiant un faciès déformé, de copier un type de physionomie déterminé sous prétexte que celui-ci est beau.

« L'idée du beau est l'idée du vrai non tel que l'esprit le conçoit dans sa nature abstraite et pure, mais manifestée sous une forme sensible. Cette forme, c'est la forme idéale dont tout homme possède en lui le type, que tout homme reconnaît dès qu'il l'aperçoit, mais qu'un petit nombre d'hommes inspirés ont la puissance de réaliser. »

Il serait puéril d'insister sur l'inhabileté dans laquelle se trouve un prothésiste de réaliser le beau ainsi compris avec des matériaux qu'il ne peut ni choisir ni travailler à sa guise.

La beauté idéale n'est pas d'ailleurs celle que nous devions toujours rechercher, car « s'il y a une beauté idéale comme il y a des beautés réelles, il y a le bon goût qui les discerne et le mauvais goût qui les ignore » et c'est le bon goût qu'il faut développer chez le prothésiste afin qu'il sache toujours, non pas créer la beauté plastique, mais qu'il sache harmoniser les diverses parties d'un visage entre elles et avec le caractère de l'individu dont il modèle une portion si importante de la face.

Le goût, en effet, saisit particulièrement ce rapport de l'expression à l'idée et au sentiment, il juge s'il y a désaccord soit par excès, soit par défaut, entre ces deux termes de l'art.

L'harmonie, c'est-à-dire « l'accord parfait de plusieurs parties différentes entre elles qui forment un tout, ou qui concourent à une même fin », est indispensable entre la face et le caractère pour former la beauté humaine complète. C'est à respecter cette harmonie que doit s'appliquer le prothésiste s'il veut faire œuvre esthétique.

Le tout n'est pas de placer des dents sur le modèle pour dire qu'on a représenté une bouche normale, cela ne suffit pas pour faire œuvre artistique. Nous ne pouvons pas davantage chercher à représenter chez tous nos malades le profil de l'Apollon du Belvédère, qui

n'a d'ailleurs aucune expression. Il existe des foules de types de beautés différents dans les races que nous connaissons et que nous pouvons appécier dans notre race ou parmi les hommes chez lesquels nous vivons grâce à l'expression.

Dans un type de figure comme l'Apollon, créé par l'imagination de l'homme dans un désir d'idéaliser, de déifier, nous ne pouvons voir qu'une beauté purement plastique, tandis que chez un homme ayant vécu et agi, nous pouvons voir qu'il y a harmonie entre son action et son faciès, et c'est ceci qui nous représente bien l'esthétique faciale d'un individu.

L'art égyptien de l'époque de la V[e] dynastie, avant de procéder de l'art conventionnel, semble avoir cherché à traduire l'expression ; la statuette « du Scribe accroupi », au Louvre, est un merveilleux spécimen de cet art, il est considérablement éloigné de l'art grec, purement plastique, mais combien nos tendances esthétiques modernes s'en rapprochent ! (*Applaudissements chaleureux.*)

L'auteur poursuit sa conférence à l'aide de clichés. Nous ne publierons pas la partie de cette communication qui nécessiterait la reproduction des clichés qu'elle commente ; nos lecteurs trouveront d'ailleurs cet important travail in extenso dans un prochain numéro.

Discussion.

Le président. — Quelqu'un demande-t-il la parole sur la conférence de M. Villain ?

M. Godon. — Le mieux est de l'applaudir et de le remercier.

M. Jeay. — .... et de méditer ses paroles.

Le président. — Notre art fait tous les jours d'immenses progrès et cela grâce à ceux qui travaillent et il me plaît de dire que M. Georges Villain n'est pas un de nos moindres travailleurs. Il a un goût artistique et une culture littéraire très développés, ce qui lui donne une grande hauteur de vues.

Monsieur Villain vous nous avez beaucoup intéressés ce soir par votre conférence, dont je vous remercie.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le secrétaire général,

R. Lemière.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

UNION FÉDÉRALE DENTAIRE NATIONALE
(U. F. D. N.)

Comme nous l'avons annoncé dans notre dernier numéro, une assemblée générale extraordinaire de l'U. F. D. N. a eu lieu le vendredi 31 mai 1912, à 8 heures du soir, à la mairie du VIIIe arrondissement, 11, rue d'Anjou, sous la présidence de M. Blatter, président, avec l'ordre du jour que nous avons publié.

25 délégués étaient présents.

Après lecture de la correspondance et des procès-verbaux de l'assemblée générale du 31 mars 1912 et de la séance de la Commission exécutive du 10 mai 1912, le président a rendu compte des démarches faites auprès du Ministre de l'Instruction publique, du Recteur et du Doyen, touchant l'application stricte du décret du 11 janvier 1909, et que nous avons relatées.

Ces démarches ont porté leurs fruits, car des chirurgiens-dentistes ont été désignés pour faire partie du jury d'examen de validation de stage.

L'assemblée les a approuvées et a examiné les moyens de répandre dans les journaux quotidiens le rapport de M. Barden, soit par un résumé, soit par des extraits, en s'adressant aussi bien à la presse parisienne qu'à la presse départementale par l'intermédiaire des membres de l'*Union*.

Il sera pour cela fait un tirage à part de ce rapport et les Sociétés faisant partie de l'U. F. D. N. seront invitées à souscrire chacune à un certain nombre d'exemplaires.

Après s'être occupé des conditions dans lesquelles sera subi l'examen de validation de stage et après avoir adressé des remercîments à son Bureau et à la délégation qui s'est rendue auprès du Ministre, du Recteur et du Doyen, l'assemblée s'est séparée.

RÉCEPTIONS

A l'occasion du passage à Paris de M. Rosenthal, de Bruxelles, président de la F. D. N. belge, les Bureaux de l'U. F. D. N. et de la Société d'Odontologie de Paris lui ont offert un déjeuner le lundi 20 mai.

De même, lors d'un voyage à Paris de M. Valenzuela, directeur de l'Ecole dentaire de Santiago du Chili, les Bureaux de l'U. F. D. N.

et de la Société d'Odontologie de Paris lui ont offert un déjeuner le mardi 11 juin.

Assistaient à ces déjeuners MM. Blatter, J. d'Argent, Godon, R. Lemière, Martinier, G. Villain et H. Villain.

M. Rodolphe s'est excusé.

Il y a été beaucoup question des intérêts de la F. D. I. et de son développement, ainsi que des progrès de la science odontologique dans ces deux pays.

On lit dans *Le Matin* du 29 mai 1912 :

LES DENTISTES MILITAIRES

Votre article du 6 mars dernier : « Français, gare à vos dents ! » m'autorise à attirer votre attention sur la fausse situation où se trouvent les dentistes militaires.

Le service dentaire régimentaire est considéré par bon nombre d'officiers comme absolument inutile et même nuisible, parce que l'homme qui le fréquente n'assiste pas à l'exercice durant quelques heures. De là une sourde antipathie contre les chirurgiens-dentistes d'abord et contre les hommes qui réclament leurs soins ensuite.

D'un autre côté, le chirurgien-dentiste n'a aucun grade ; il se trouve donc dépourvu de toute autorité vis-à-vis des malades, ceux-ci ne voyant en lui qu'un soldat au même titre que le premier infirmier venu. Ainsi s'expliquent les vexations auxquelles sont soumis les chirurgiens-dentistes militaires et le peu d'efficacité des services dentaires dans les régiments.

Il me semble que le chirurgien-dentiste, possesseur de grades universitaires, d'un diplôme délivré par la faculté de médecine, qui a fait cinq années d'études et accompli de nombreux stages dans les hôpitaux, mérite mieux que cela. Tout le monde en tirerait profit et l'on ne verrait plus ces défilés de bouches édentées et répugnantes que je vois à chaque visite dentaire. — L. B..., *chirurgien-dentiste*.

COMITÉ DENTAIRE D'AVIATION MILITAIRE

Le Comité dentaire d'Aviation militaire est ainsi constitué :

Président d'honneur.

Dr Reymond, sénateur, président du *Comité national* de l'Aviation militaire.

Membres d'honneur.

MM. Blatter, président de l'Association générale syndicale des dentistes de France.
Godon, président-directeur de l'Ecole dentaire de Paris.
Hotz, président de l'American Dental Club de Paris.
Pont, directeur de l'Ecole dentaire de Lyon.
Rodolphe, président du Conseil d'administration de l'Ecole odontotechnique.
Thomas, ex-président du Cercle odontologique de France.

Comité de souscription.

Barden, Crocé-Spinelli, Doucedàme, Ferrand, Fievet, Garcin, Dr Lepaitre, secrétaire général du Comité médical de l'Aviation militaire, Le Bolloch, Morche, H. Villain.

Prière d'envoyer les souscriptions aux présidents des Sociétés, aux membres du Comité de souscription, ou aux directeurs des journaux, qui publieront les noms des souscripteurs.

F. D. I.

Nous recevons au moment de mettre sous presse le programme détaillé de la session de la F. D. I. à Stockholm, les 28 et 29 août prochain, que nous avons sommairement indiqué dans notre numéro du 15 mai, p. 427. Nous le publierons in extenso dans notre prochain numéro.

NOUVELLES

Ecole dentaire de Paris.

Les concours pour des postes de professeurs et de chefs de cliniques que nous avons annoncés sont ajournés à octobre 1912.

Nomination.

Notre confrère M. Vasserot, de Saint-Germain-en-Laye, membre du Conseil d'administration de l'A. G. S. D. F., a été nommé dentiste traitant de l'Ecole normale d'institutrices de Versailles, qui vient d'être transférée à Saint-Germain-en-Laye.

Récompenses et distinctions honorifiques.

Notre collaborateur M. V. Guerini, de Naples, a été nommé chevalier de première classe de l'ordre d'Albert de Saxe, à la suite de la part qu'il a prise par ses travaux sur l'histoire de l'art dentaire à l'Exposition internationale d'hygiène de Dresde.

Notre confrère M. Aloys-Decker, de Luxembourg, membre de l'A. G. S. D. F., a été nommé officier de l'Instruction publique.

Notre confrère M. Pothier, de Vichy, membre de l'A. G. S. D. F., qui a fait la campagne de 1870-1871 et a été blessé deux fois à Sedan, vient de recevoir du Ministre de la Guerre le diplôme et la médaille commémorative de 1870-1871.

M. Friteau, membre de l'A. G. S. D. F., vient de recevoir du Ministre du Travail et de la Prévoyance sociale la médaille de bronze de la Mutualité.

Nous leur adressons nos félicitations.

Banquet.

Le banquet organisé par la *Maison du Dentiste* et l'*Union corporative des anciens étudiants et étudiants en chirurgie dentaire* aura lieu le 25 juin, à 7 h. 1/2 du soir, à la *Maison des étudiants* sous la présidence du Ministre de l'Instruction publique.

32e ANNÉE. N° 12 30 JUIN 1912 VOL. XLVII

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

IMPORTANCE DE L'HYGIÈNE BUCCALE DANS LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Par V. GUERINI, de Naples.

(Communication au VIIe Congrès international contre la tuberculose, Rome, 14-20 avril 1912.)

On sait généralement que la tuberculose est presque exclusivement une maladie des organismes faibles, et que l'indication principale pour la guérir consiste à améliorer la nutrition générale, c'est-à-dire à renforcer l'organisme. Celui-ci possède des moyens de défense efficaces contre l'infection tuberculeuse, alors que ses processus nutritifs sont normaux, et comme cela résulte des recherches des derniers temps, la majorité des individus, tout en contractant l'infection tuberculeuse dans l'enfance, ne présentent pour cela aucune forme morbide grave et guérissent très facilement, grâce au pouvoir normal de défense de l'organisme. Il y a pourtant un nombre considérable d'enfants et d'adolescents qui succombent à la tuberculose, parce que leur organisme est faible et incapable de résister à l'infection. De même un très grand nombre d'adultes meurent de la tuberculose, parce qu'un affaiblissement de leur organisme, produit par une cause quelconque, rend possible le réveil d'une tuberculose latente contractée dans l'enfance, ou parce que leur état de faiblesse les met dans l'impossibilité de résister à une infection tuberculeuse récente.

Comme on voit, la tuberculose, en général, n'est un dan-

ger que pour les organismes faibles ou débilités, aussi bien dans l'enfance que plus tard.

Or, les maladies des dents ou, plus généralement parlant, l'état peu sain et peu hygiénique de la bouche sont communs.

Les enfants ou adultes dont le système dentaire est en mauvais état mastiquent mal les aliments, les insalivent mal et, par suite de cette insuffisance de mastication et d'insalivation, ils digèrent mal ou du moins incomplètement. Comme la digestion est la première phase du processus de la nutrition, il est facile de comprendre que le mauvais état du système dentaire, en nuisant à la digestion, nuit inévitablement à toutes les fonctions nutritives, cela doit nécessairement entraîner un affaiblissement de l'organisme, léger dans certains cas, grave ou très grave dans d'autres.

Qu'on ne croie pas toutefois que le mauvais état des dents nuise à l'organisme seulement comme cela vient d'être dit. Par suite des maladies dentaires et aussi de la malpropreté de la bouche, les bactéries contenues dans celle-ci croissent démesurément. Les détritus qui s'accumulent dans les cavités cariées, le contenu des parcelles de gencives décollées, l'enduit qui s'amasse autour des dents de ceux qui n'ont pas l'habitude de se servir de la brosse, constituent d'excellents terrains de culture pour les bactéries, et la bouche, avec sa température de 37° environ, devient, dans ces conditions, une véritable incubatrice de microbes, dont beaucoup sont éminemment pathogènes, notamment du bacille de la tuberculose, dont la présence très fréquente a été démontrée dans les bouches malpropres ou malades.

La cavité buccale est sans aucun doute la porte d'entrée d'un grand nombre des infections auxquelles est sujet l'organisme humain. Même dans les bouches saines et propres on rencontre des bactéries pathogènes, mais en nombre relativement petit et ne présentant pas de danger. Mais ces bactéries se multiplient extraordinairement dans les bouches mal tenues et alors elles constituent un danger et un mal

très grand, parce qu'elles deviennent avec une facilité extrême la cause d'infections variées, parmi lesquelles la tuberculose.

Mais, même abstraction faite des cas, sans doute très nombreux, dans lesquels le mauvais état de la bouche, en favorisant l'abondante prolifération du bacille de Koch, est une cause directe de l'infection tuberculeuse en raison du passage facile du germe spécifique dans les vaisseaux lymphatiques, ou de son arrivée dans les poumons avec l'air inspiré, toute maladie infectieuse affaiblit l'organisme, le rendant ainsi, tant que dure l'état de faiblesse, plus susceptible de contracter l'infection tuberculeuse. Combien de patients, en effet, deviennent tuberculeux après une attaque d'influenza, de pneumonie, de typhus, etc. Il s'ensuit que les maladies dentaires et la malpropreté des dents, en facilitant diverses infections, créent indirectement, dans beaucoup de cas, la prédisposition à l'attaque du bacille tuberculeux ou rendent possible le réveil d'une tuberculose latente.

Il faut rappeler aussi que, par suite de certaines maladies dentaires extrêmement fréquentes, telles que la pyorrhée et les processus de nécrose, les malades avalent continuellement, avec la salive et les aliments, des produits éminemment toxiques, tels que le pus et les toxines provenant de pulpes mortes. Cela est une cause très fréquente de désordres dyspeptiques, de maladies gastro-intestinales plus ou moins graves et d'auto-intoxications chroniques, états pathologiques qui affaiblissent l'organisme et qui, par suite, créent une prédisposition à contracter la tuberculose.

De ce que nous avons dit résulte très clairement que les maladies dentaires, et, plus généralement parlant, l'état antihygiénique de la bouche, prédisposent à la tuberculose de diverses façons, c'est-à-dire, d'un côté en favorisant la prolifération des bacilles tuberculeux qui, existant partout, arrivent avec une facilité extrême dans la cavité buccale; d'autre part, en affaiblissant l'organisme, soit par suite de troubles digestifs résultant d'une mastication et d'une insa-

livation insuffisante des aliments, soit à cause de maladies gastro-intestinales d'origine dentaire, soit par suite d'auto-intoxications chroniques dérivant de maladies dentaires ou péridentaires, soit enfin par suite de maladies infectieuses très fréquentes, ayant leur origine dans une multiplication énorme des bactéries pathogènes dans les bouches malpropres ou malades.

D'après cela si l'on considère que plus de 90 % des individus, enfants ou adultes, ont la bouche dans des conditions anti-hygiéniques, par suite de maladies dentaires ou péridentaires, ou par négligence absolue des soins de propreté, et très souvent par maladie et par malpropreté en même temps, il sera facile de se faire une idée de l'importance que les maladies dentaires et l'absence d'hygiène buccale peuvent avoir dans l'étiologie générale de la tuberculose.

Mais il y a aussi d'autres faits importants à considérer. Etant donné l'extrême fréquence des maladies des dents, l'absence absolue d'hygiène dentaire dans la plus grande partie de la population, l'effet très nuisible que ces deux causes exercent assez souvent sur l'organisme, il est aisé de comprendre que le nombre des individus plus ou moins faibles par suite de l'état malsain de leur bouche doit être énorme. Or chacun sait que des individus faibles ont des enfants faibles. Si donc le nombre des individus faibles de diverses façons est énorme, en raison du mauvais état de la denture, le nombre des cas dans lesquels ces individus procréent des enfants faibles doit être énorme également. Et ces pauvres êtres succomberont avec une facilité extrême aux affections tnberculeuses, puisque, comme chacun sait, la faiblesse congénitale est un des facteurs les plus importants de la terrible maladie, peut-être le plus important de tous.

Les effets du mauvais état des dents sur la grossesse, l'allaitement et, par suite, sur les conditions de santé des enfants méritent une considération spéciale.

On ne peut espérer que les enfants d'une femme dont le système dentaire est en mauvais état, qui ne peut pas bien

mastiquer ses aliments, qui avait continuellement des bactéries et des toxines, dont les digestions sont troublées en raison du mauvais état de ses dents, et qui, par suite, a un sang pauvre, impur, plus ou moins altéré par les principes toxiques, on ne peut espérer, dis-je, que ces enfants soient sains et forts. Une femme dont la santé est déjà minée par le mauvais état des dents et la mauvaise digestion, deviendra toujours plus faible, plus anémique à mesure que la grossesse avancera, puisque le développement du nouvel être ne peut se faire que par une soustraction continue de matières plastiques du sang maternel, sang qui, chez une femme saine, répare constamment ses pertes par la digestion, mais qui, chez une femme mastiquant et digérant mal, ne peut se remettre suffisamment des pertes qu'il subit, et devient par suite toujours plus pauvre.

Le nombre de ces femmes est cependant énorme et les enfants qu'elles procréent sont nécessairement faibles congénitalement. Mais à cette faiblesse congénitale s'ajoute, dès la naissance, une cause très puissante de faiblesse acquise, représentée par la mauvaise qualité du lait maternel. Il est évident, en effet, que le lait des femmes faibles et anémiques ne peut être que pauvre en éléments nutritifs, sans compter que chez beaucoup de femmes de ce genre la sécrétion lactée est très peu abondante ou nulle, de sorte qu'elles sont contraintes, sauf les rares cas de personnes riches pouvant s'offrir le luxe d'une nourrice, de recourir à l'allaitement artificiel, qui, comme on sait, est extrêmement funeste à la santé des enfants.

Il arrive donc dans un grand nombre de cas, par suite des maladies dentaires des parents et de leurs conséquences pathologiques, que les enfants faibles de naissance sont mal alimentés dans la première période de la vie et deviennent par conséquent encore plus faibles et dès lors plus prédisposés à être la proie de l'infection tuberculeuse.

Nous devons donc songer à l'extrême fréquence des maladies dentaires dans la période infantile et aux dommages en résultant pour le développement corporel et la

santé des enfants. Il est aujourd'hui bien connu que parmi les élèves des écoles élémentaires plus de 75 o/o ont des dents cariées. La carie est très fréquente chez les enfants, même avant la période scolaire ; on a constaté en effet que plus de la moitié d'entre eux en sont déjà atteints lors de leur admission dans les écoles élémentaires. Or, si les maladies des dents sont extrêmement fâcheuses chez les adultes, elles le sont encore plus chez les enfants, parce qu'elles exercent chez eux une influence pernicieuse sur le développement corporel et, par suite, sur la résistance de l'organisme aux causes pathogènes.

Des recherches entreprises dans beaucoup d'écoles touchant la taille, le poids du corps et l'état de la denture des écoliers ont montré de la manière la plus évidente que chez les enfants du même âge et du même sexe le développement corporel est en général d'autant plus marqué que l'état des dents est meilleur et réciproquement d'autant moindre que cet état est plus mauvais.

Il en résulte donc que le mauvais état des dents des enfants entrave sérieusement le développement corporel. Et comme un développement insuffisant est un indice certain de faiblesse constitutionnelle, il faut absolument en conclure que les maladies des dents des enfants, avec leur grande fréquence et la gravité qu'elles revêtent dans une forte proportion des cas, sont une cause de faiblesse organique pour un grand nombre de jeunes individus, faiblesse qui crée naturellement une prédisposition à la tuberculose.

On peut aisément déduire de ce qui précède que les maladies des dents peuvent conduire à la tuberculose par des voies très diverses et avant tout créer de façons très variées des conditions de faiblesse, tantôt congénitales, tantôt acquises et même congénitales et acquises à la fois. En outre la malpropreté de la bouche et les maladies des dents, favorisées par cette malpropreté, peuvent, directement aussi, être la cause de tuberculose soit en favorisant la prolifération des bacilles tuberculeux qui arrivent très aisément dans la bouche, parce qu'ils existent partout, soit en créant des

brèches dans les tissus dentaires et péridentaires, rendant possible ainsi la pénétration de ces bacilles dans les vaisseaux lymphatiques. D'autre part, quand ces bacilles sont devenus très nombreux dans la bouche et dans la gorge par suite de l'état morbide ou antihygiénique de la cavité buccale, leur pénétration directe dans les voies aériennes est encore très facile, soit par l'air inspiré, soit par des particules de salive ou d'autres substances pénétrant accidentellement dans le larynx et les bronches.

Nous avons vu que les maladies dentaires amènent dans un nombre de cas considérable, par des modes différents, une faiblesse constitutionnelle congénitale ou acquise. Or, les organismes affaiblis contractent facilement des maladies et la faiblesse et la maladie sont dues principalement à la pauvreté et à la misère. Celles-ci, à leur tour, doivent être rangées parmi les causes les plus importantes de l'infection tuberculeuse, parce qu'elles sont synonymes de nourriture insuffisante et de mauvaises conditions de vie, dans des espaces étroits, froids, humides, malpropres, manquant d'air et de lumière, causes qui nuisent à l'organisme et qui conduisent très facilement à la tuberculose. Par conséquent aux façons diverses dont les maladies dentaires peuvent engendrer la terrible maladie, il faut ajouter la pauvreté et la vie antihygiénique, qui se traduisent souvent par la faiblesse, la mauvaise santé, le peu de force pour le travail, provenant directement ou indirectement des maladies du système dentaire.

Je crois avoir suffisamment démontré l'importance énorme du mauvais état des dents sur l'étiologie générale de la tuberculose.

Il est donc naturel de conclure que, dans la lutte contre cette terrible maladie, il faut mettre au premier rang les mesures et les institutions tendant à prévenir ou à guérir les maladies des dents. Si la tuberculose est un fléau de l'humanité, ces maladies, avec leur fréquence et leurs conséquences funestes, sont un fléau également terrible, car elles prédisposent non seulement à la tuberculose, mais encore à

d'autres infections, à d'autres maladies. Si donc il faut lutter énergiquement contre la tuberculose, il faut lutter aussi énergiquement contre les maladies dentaires. Il s'agit de deux ennemis alliés pour faire du mal à l'humanité ; on ne peut donc pas espérer combattre l'un efficacement si l'on ne combat pas l'autre en même temps.

Du reste l'hygiène buccale et le traitement des maladies dentaires ne représentent pas seulement dans la lutte contre la tuberculose un moyen préventif, mais aussi un élément curatif de premier ordre. Dans la thérapeutique des affections tuberculeuses, une des principales indications — peut-être la plus importante — est d'améliorer la nutrition. Pour atteindre ce but il ne suffit pas, bien que ce soit absolument nécessaire, que les malades mangent abondamment et respirent de l'air pur. Il est peut-être encore plus indispensable qu'ils puissent mastiquer et digérer parfaitement et qu'ils évitent les auto-intoxications d'origine dentaire. Donc, dans tous les cas de tuberculose, il faut soigner parfaitement les maladies des dents, habituer les patients à la pratique constante de l'hygiène buccale et remplacer par des pièces de prothèse les dents manquantes, quand cela est nécessaire pour assurer une bonne mastication.

J'ai dit, il y a peu de temps, qu'on ne peut songer à combattre efficacement la tuberculose sans entreprendre en même temps une lutte énergique contre les maladies des dents. Sans entrer dans des détails, je dirai seulement qu'il faut éclairer par tous les moyens possibles la masse sur l'importance extraordinaire de l'hygiène buccale et sur les moyens de la pratiquer. Cette propagande éducatrice doit se faire à l'école, à l'armée, à l'usine, dans le public en général, par la presse, par des brochures, des conférences, des tableaux muraux scolaires, etc. Il ne suffit pas d'enseigner l'hygiène de la bouche, il faut veiller à ce que les maladies des dents soient rapidement soignées chez le plus grand nombre d'individus dès l'enfance. De là la nécessité de services dentaires pour les élèves des écoles primaires,

des asiles infantiles, les établissements d'enseignement en général, pour les travailleurs des villes et des campagnes, les malades des hôpitaux, les prisonniers, etc., et surtout pour les militaires et les marins. Le but à atteindre, c'est que les maladies dentaires soient bien et promptement traitées à tous les âges, dans toutes les conditions, dans toutes les classes et qu'elles le soient gratuitement quand les malades ne peuvent payer.

En Italie il a été fait bien peu jusqu'à présent pour atteindre cet idéal, tandis que dans d'autres pays, surtout en Allemagne, on a déjà fait beaucoup.

Espérons que le présent Congrès aura pour résultat d'intensifier en peu de temps, aussi dans notre pays, la lutte contre les maladies des dents, condition absolument indispensable pour une lutte efficace contre le fléau de la tuberculose.

APPAREIL DESTINÉ A REMÉDIER A LA PARALYSIE DU VOILE DU PALAIS

Par L. Ruppe.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris.)

Nous vous présentons ce soir un appareil destiné à remédier aux inconvénients de la paralysie du voile du palais survenant comme complication à la suite d'une angine diphtérique.

La malade dont il s'agit fut atteinte d'une angine diphtérique qui nécessita pour la juguler 3 injections successives de sérum de Roux d'un volume total de 100 centimètres cubes.

Les toxines microbiennes n'en continuèrent pas moins leur œuvre et bientôt la malade présentait le tableau clinique de la paralysie du voile. La déglutition des liquides particulièrement, est fortement gênée, légèrement douloureuse et provoque la toux ; la voix devient nasonnée.

Il fallait donc un appareil qui se substituât à la musculature devenue incapable de contraction et qui, en même temps qu'il rééduquait le voile, lui rendît, peu à peu de sa tonicité par un massage continuel.

Avant de vous décrire cet appareil permettez-nous de fixer votre attention sur quelques points de l'anatomie et de la physiologie du voile du palais.

Le voile du palais est, comme on le sait, une portion différenciée de la musculature digestive séparant la région bucco-pharyngée de l'arrière-cavité des fosses nasales, et sa mobilité est assurée par un appareil musculaire complexe. *Suspendu* par les péristaphylins internes et externes, *attaché* à la voûte palatine osseuse par l'azygos de la luette, il est *amarré* en avant par les glosso-staphylins qui forment les piliers antérieurs du voile et limitent l'isthme du gosier, en arrière par les pharyngo-staphylins qui en constituant les piliers postérieurs du voile rentrent dans la limitation de l'isthme pharyngo-nasal.

A l'état de repos — et nous le trouvons ainsi quand il est paralysé, — le voile du palais est oblique à 45° en bas et en arrière et dans son ensemble décrit un trajet curviligne à concavité antérieure, dont la *partie supérieure est horizontale et ne participe pas aux mouvements du voile.*

C'est là un premier point intéressant à retenir avec lequel il faut compter dans la construction de tout appareil à charnière. Pour obtenir avec un appareil articulé les résultats les meilleurs, il faudra se rapprocher le plus possible du mécanisme du voile naturel et donner au voile artificiel une charnière qui soit à quelques millimètres en arrière du bord postérieur de la lame horizontale du palatin. Après cette remarque et sans nous attarder davantage à la description anatomique du voile et à l'étude de sa configuration et de sa constitution qui sortiraient du cadre de cette présentation, nous allons envisager quelques points de physiologie, mais avant rappelons pour mémoire quelques mensurations du voile.

La longueur du voile donnée par les classiques est de 30 à 45 $^{m}/^{m}$ jusqu'à la base de la luette. Lermoyez donne un chiffre de 24 $^{m}/^{m}$, qui semble être trop faible, enfin Neuegebauer, après de nombreuses mensurations arrive, au chiffre de 32 $^{m}/^{m}$ 5 chez l'homme, 30,7 chez la femme. On peut donc prendre comme moyenne le chiffre de 32 $^{m}/^{m}$.

Chaque muscle du voile du palais a une action propre et leur synergie entre pour une part importante dans les phénomènes de phonation et de déglutition et accessoirement dans l'audition, la respiration, le soufflement, le gonflement joues et la succion chez les nouveau-nés.

Les actions d'ensemble sont de beaucoup les plus complexes ; dans la phonation en effet le voile du palais joue deux rôles importants : tout d'abord c'est l'ébranlement par l'air de l'obstacle opposé par le pharynx et le voile qui produit ces sons particuliers, vibrations irrégulières qu'on décrit sous le nom de consonnes gutturales. Supprimez ces consonnes et certains mots deviennent inintelligibles ; ensuite le timbre de la voix se trouve considérablement modifié lors-

que le voile ne fonctionne plus : en effet la bouche étant ouverte alors que l'orifice postérieur des fosses nasales se trouve libre, le son dirigé dans les fosses nasales va retentir à la partie postérieure de ces cavités seulement et s'échappe à la fois par le nez et la bouche d'où le nasonnement.

Dans la déglutition, le bol alimentaire, dans un premier temps buccal, glisse vers l'isthme du gosier ; dans un second temps pharyngien il franchit l'isthme du gosier, poussé qu'il est par les contractions des muscles de la langue contre le voile du palais (tendu pour les classiques, alors que les modernes admettent que le bol vient s'appliquer contre les piliers postérieurs) ; à ce moment le bol est dans le vestibule du pharynx, diverses portes de sortie s'offrent à lui : en avant l'isthme du gosier, qui lui permettrait de revenir dans la bouche, en haut et en arrière l'isthme pharyngo-nasal qui lui ouvre le chemin des fosses nasales ; en bas et en avant l'orifice pharyngien du larynx ; en bas et en arrière l'orifice œsophagien.

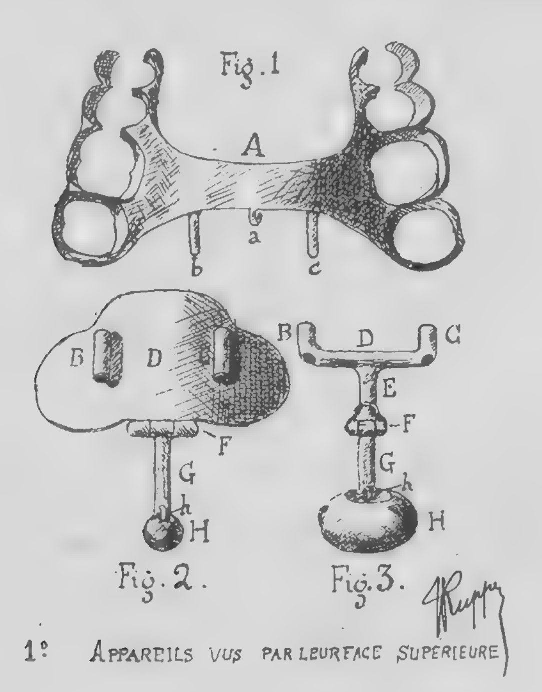
Comme le bol alimentaire ne doit utiliser qu'une seule de ces portes de sortie, l'orifice supérieur de l'œsophage, il faut que les autres routes soient obstruées. Qu'il nous suffise ici d'indiquer le rôle actif du voile du palais. Par l'action des glosso-staphylins qui relèvent la base de la langue et rapprochent les piliers antérieurs, l'occlusion de l'isthme du gosier est assurée et la route en avant est barrée par la contraction des pharyngo-staphylins aidés des constricteurs inférieurs du pharynx, le larynx s'élève en même temps que s'abaisse l'épiglotte et que la face postérieure du pharynx s'élève et se porte en avant ; enfin le voile protège le rhino-pharynx par occlusion de l'isthme pharyngo-nasal.

Bichat prétend que le voile dans ce temps de la déglutition se relève complètement, les auteurs modernes l'ont constaté horizontal ; Delroux avec un stylet, Arloing à l'aide d'ampoules ; pour Mathias Duval il serait tendu plutôt qu'élevé et s'il semble s'être relevé c'est qu'au temps précédent il s'était abaissé ; le rhino-pharynx serait donc surtout protégé par les piliers postérieurs.

De cette étude physiologique il résulte que pour remédier à la paralysie du voile du palais on doit produire un appareil qui tendra constamment à élever le voile, à le rapprocher de l'horizontale, suppléant à la tonicité défaillante des muscles du voile et laissant à la synergie des muscles du pharynx et de la langue le soin d'exécuter les mouvements d'abaissement. Enfin on devra s'attacher à faire la partie mobile de l'appareil aussi mince que possible pour ne pas entraver le fonctionnement des muscles glosso-staphylins, pharyngo-staphylins autrement dit, ne pas gêner l'occlusion des isthmes bucco-pharyngé et pharyngo-nasal.

Description.

Notre appareil se compose : 1° d'un bandeau de métal A traversant le palais au niveau des deuxièmes grosses molai-



1° Appareils vus par leur face supérieure

res, accroché le plus solidement possible par une série d'anneaux prenant point d'appui sur les grosses et petites molaires supérieures.

A la partie postérieure du bandeau sont soudés sur la ligne médiane un petit crochet a, et latéralement deux morceaux de fil rond b. c parallèles (fig. 1) ;

2° De deux appareils à charnières interchangeables.

Le premier (fig. 3) est masseur et tuteur. Il se compose d'un tube D recourbé à angle droit aux extrémités, B et C qui épousent les fils ronds b. c. Sur le milieu de ce tube est soudé perpendiculairement un autre tube E qui porte à son autre extrémité une charnière F. Sur celle-ci joue un tube G, muni à son bout non articulé d'une olive de caoutchouc H, à la face antéro-supérieure de laquelle se trouve dans une cavité un petit crochet h qui sert, avec le crochet a, à placer un élastique dont la traction produira un mouvement d'élévation de l'olive H qui s'applique en avant de la base de la luette.



Le second (fig. 2) est tuteur et sert pendant les repas ; il se compose d'une plaque D qui vient s'appliquer exactement et doubler la face inférieure du bandeau A et continuer celui-ci en arrière. Sur la face supérieure de cette plaque D sont soudés 2 tubes parallèles qui, eux aussi, épousent les fils ronds b. c ; à son bord postérieur est soudé une charnière F autour de laquelle se meut un tube G terminé par un petit pois en caoutchouc H. Ce 2me appareil fonctionne de la même façon que le 1er.

La plaque D ne sert qu'à éviter : 1° à la langue, pendant la déglutition le contact du tube D du 1er appareil ; 2° la moindre saillie qui pourrait retenir ou diviser le bol alimentaire.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 2 avril 1912.

Présidence de M. HEIDÉ.

La séance est ouverte à 9 h. 25.

I. — CORRESPONDANCE.

Le secrétaire général communique une lettre de remerciements de M. Mummery pour la réception qui lui a été faite le 17.

II. — RADIOLOGIE DENTAIRE. — QUELQUES DIAGNOSTICS, PAR M. LACAILLE.

M. Lacaille donne lecture d'une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

DISCUSSION.

Le président. — La radiographie est une science qui réellement s'impose de plus en plus et, dans certains cas de diagnostic difficile, elle peut nous rendre de signalés services.

Personnellement j'ai eu l'occasion d'avoir recours à M. Lacaille plusieurs fois pour avoir des éclaircissements sur certains cas assez difficiles.

J'ai la radiographie qu'un de mes patients a fait faire sur le désir de son chirurgien, qui le traitait pour une sinusite. Le chirurgien, d'après ce qu'il voyait sur la radiographie, prétendait qu'une dent était la cause de la sinusite. Je n'étais, pour ma part, pas de cette opinion et je me refusai à extraire la dent de ce malade. Ceci s'est passé il y a à peu près deux à trois mois. La personne en question est allée chez un confrère qui lui a arraché sa dent. Il y a quelques jours, ce malade est venu me voir déplorant la perte de sa dent, tout en gardant sa sinusite.

Je vous dis ceci pour attirer votre attention sur ce fait que dans certains cas la radiographie peut aussi induire en erreur.

Il nous est donc très agréable de constater que nous pouvons nous adresser à des spécialistes très compétents, ayant un grand savoir, une grande expérience, qui peuvent non seulement nous faire des radiographies, mais aussi guider notre diagnostic, car l'interprétation d'une radiographie est une science assez délicate.

Monsieur Lacaille, je vous remercie.

M. Lacaille. — Je suis très heureux que M. Heïdé présente un cas dans lequel la radiographie a induit en erreur. Il faut des exceptions pour confirmer les règles.

Comme vous le dites fort bien — l'interprétation ne peut se faire qu'à condition d'être très exercé.

Cependant un procédé radioscopique permet de faire le diagnostic de la sinusite.

Je me souviens de vous avoir présenté un cas observé par M. Debray, de Saint-Germain. J'ai fait une radiographie de tout le maxillaire supérieur et nous avons pu de cette façon constater qu'une partie du sinus est beaucoup plus sombre que de l'autre côté. Ce ne sera pas un moyen absolument certain de fixer le diagnostic, mais c'est un adjuvant souvent précieux.

III. — Appareil pour le traitement de la pyorrhée alvéolaire, par M. Tacail.

M. Tacail donne lecture d'une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

Discussion.

M. Lemière. — J'ai employé depuis quelque temps le massage vibratoire dans le traitement de la pyorrhée ; je ne parle pas du massage produit par l'appareil de M. Tacail, je parle de l'appareil de la maison Ash monté sur le maillet automatique. J'ai traité de la sorte quelques malades et je dois dire que j'ai constaté une amélioration sur plusieurs d'entre eux.

J'ai toujours eu soin de faire ce traitement sur des dents dont les racines avaient été soigneusement nettoyées.

Je crois effectivement qu'il serait tout à fait contraire de faire un massage vibratoire sur des racines couvertes de calculs sériques, et je crois que dans ce cas on obtiendrait plutôt un résultat déplorable.

Je regrette de ne pas avoir eu encore l'occasion d'essayer l'appareil de M. Tacail, en tous cas toutes ses conclusions paraissent extrêmement logiques. Je crois que son appareil sera un précieux adjuvant du traitement de la pyorrhée alvéolaire et je tiens à le féliciter du travail qu'il a fait pour mettre au point cet appareil dont la conception et la construction ont dû lui demander beaucoup de temps et de travail.

M. Mendel-Joseph. — Je désire vous exprimer tout le plaisir que j'ai eu à écouter la communication de notre jeune confrère, je tiens à le féliciter aussi de la façon dont il nous a présenté cet appareil. Cela me mettra un peu plus à l'aise pour lui faire aussi quelques critiques.

Il y a dans le traitement de la pyorrhée un côté mécanique extrême-

ment important que j'ai eu l'occasion d'appliquer moi-même très souvent : le massage. Je faisais faire ce massage par mes malades, ils le pratiquaient deux fois par jour, le matin et le soir. Ils procédaient à ce massage de telle sorte que le pus était projeté de l'extrémité apicale vers le bord libre de la gencive. C'est la direction naturelle suivant laquelle le pus doit s'écouler de ces régions.

D'une façon générale on se sert au début d'un seul doigt, mais je suis arrivé progressivement à faire employer les deux doigts, et la décharge normale du pus se produit ainsi au bord libre de la gencive.

En principe le petit masseur de M. Tacail est une chose excellente, mais le massage se produit dans une direction horizontale et c'est justement le reproche que je voudrais lui adresser, car ce n'est pas dans une direction horizontale que le massage devrait s'exercer, mais dans une direction verticale, c'est-à-dire en commençant à l'extrémité apicale pour aller jusqu'au bord libre de la gencive. C'est là le point capital de l'acte du massage, il ne faut pas le perdre de vue.

Certes le massage tel qu'il se produit par le procédé de M. Tacail active toute la circulation, mais il n'accomplit pas entièrement ce que nous devons rechercher dans l'acte du massage, c'est-à-dire l'évacuation aussi complète que possible du pus et cette évacuation ne peut se produire qu'en exerçant un massage de l'extrémité apicale vers le bord libre de la gencive.

M. Tacail répond à M. Mendel-Joseph que, comme il vient de le démontrer, à l'aide d'une roue hélicoïdale, l'expulsion du pus ne peut être que perpendiculaire au sens du mouvement, et que cet instrument réalise précisément ce que demande M. Mendel-Joseph, c'est-à-dire l'expulsion du pus perpendiculaire au sens du mouvement. C'est en somme le principe de la roue des balayeuses de la ville de Paris. Il croit qu'à la suite de ces explications tous sont bien d'accord maintenant.

M. Godon. — Nous sommes tous d'accord sur l'importance du massage dans le traitement de la pyorrhée et pour féliciter M. Tacail de son petit appareil que je n'ai pas encore essayé, mais qui, d'après sa description me paraît répondre au but recherché.

Il doit permettre d'obtenir que les malades suivent plus fidèlement nos prescriptions.

Quand on recommande à un malade de se masser la gencive avec le doigt, il le fait plus ou moins régulièrement, il oublie de le faire ou peut le faire mal. Il semble qu'il soit possible d'obtenir qu'il le fasse plus régulièrement s'il s'est procuré l'appareil en question, il pourra aussi le faire plus intelligemment puisqu'avec l'appareil il sait dans quel sens il doit le faire.

Donc, sans se prononcer sur l'appareil lui-même, qu'il y a lieu d'expérimenter, il me semble d'une manière générale qu'il est très bon de mettre dans les mains du patient l'appareil en question qui contribuera certainement à augmenter l'efficacité du traitement.

Il y a dans l'instrument qui nous est présenté une idée ingénieuse et je félicite notre jeune collègue Tacail de son très intéressant appareil.

M. Georges Villain. — Je tiens à joindre mes félicitations à celles des orateurs qui m'ont précédé à propos de l'appareil de M. Tacail.

Je tiens à faire un parallèle entre le massage au doigt et le massage vibratoire à l'aide d'un appareil comme celui de M. Tacail. Depuis quelque temps je traitais une malade pour une pyorrhée alvéolaire et j'obtenais des résultats vraiment médiocres. Ma malade venait me voir très fréquemment. Après avoir fait l'ablation du tartre, je faisais le traitement thérapeutique. J'avais recommandé à cette malade de faire des massages de la gencive avec le doigt. Elle les faisait verticalement pour éliminer le pus, mais ces massages n'ont pas semblé me donner les résultats que j'en attendais. Après un certain temps, j'employai le massage vibratoire à l'aide d'un appareil monté sur ce tour. J'essayai cet appareil en faisant venir ma malade assez fréquemment au début, en espaçant les visites ensuite et j'ai noté une amélioration considérable de l'état pyorrhéique de sa bouche, amélioration si considérable que j'obtiens après quelques semaines la guérison de la pyorrhée, ou plutôt ce que nous sommes convenus d'appeler la guérison pour un certain temps.

A quoi doit-on attribuer la différence constatée au cours de ce traitement, si ce n'est au massage à l'aide d'un appareil vibratoire ? Lorsque nous employons le massage vibratoire nous avons un choc doux, mais répété, qui vient activer l'afflux sanguin, et par suite augmenter l'activité des cellules. Je ne suis pas assez versé dans ces questions pour rechercher ici l'explication de l'action du massage vibratoire.

L'appareil de M. Tacail qui est non seulement un appareil éliminateur du pus, mais un appareil de massage vibratoire nous donnera les meilleurs résultats.

Il présente un avantage très appréciable, c'est que nos malades se lassent de venir si souvent dans notre cabinet, souvent aussi ils nous lassent nous-mêmes.

Ils se lassent parce qu'ils perdent leur temps, mais ils nous lassent parce qu'ils ne veulent pas payer les honoraires qu'entraîne ce très long traitement.

Je profite de cette occasion pour vous dire ce que je pense. De-

puis que Younger est venu à Paris, il semble que les malades paient plus facilement le traitement de la pyorrhée, il arrive que certains malades paient 100 francs de l'heure pour se faire traiter une pyorrhée.

Je parle de ceci pour dire que lorsque certains confrères viennent ici se spécialiser — ce qui ne plaît guère à certains esprits à idées trop étroites, à mon gré — ils nous rendent parfois de très grands services.

J'exprimerai mieux ma pensée en disant que c'est un avantage pour nous et pour nos malades de préconiser l'emploi de l'appareil de M. Tacail.

M. L. Viau. — J'ai eu l'occasion de travailler un peu la question avec mon beau-frère. J'ai employé le masseur d'Ash auquel je fais quelques reproches.

J'ai assisté à la modification de l'appareil de M. Tacail. Il a fait un appareil avec les deux roues absolument semblables, mais elles ne faisaient pas sourdre le pus, j'ai essayé la roue hélicoïdale, j'ai l'impression que c'est un bon instrument.

Le président. — Je ne pensais pas que j'allais avoir ce soir l'occasion de rappeler à votre souvenir le nom et la nationalité du père du massage : c'est un suédois : M. Link qui fut, je peux le dire, le grand préconisateur du massage en 1850-1860.

C'est à cette époque qu'il commença à en faire un traitement pratique et scientifique. Quelques années plus tard il commença le massage de l'utérus.

Ce pauvre Link ne se doutait pas que nous, dentistes, nous allions nous servir du massage comme un moyen thérapeutique très précieux. Plusieurs de nos confrères ont inventé depuis différents appareils pour pratiquer le massage.

M. Villain nous parlait tout à l'heure de Younger. Il y a 10 ou 12 ans, il a inventé un petit appareil très ingénieux et très simple : c'est une épingle à cheveux qu'il passe à la flamme et qu'il entoure de godiva. Il préconisait le massage à l'aide de cet instrument de haut en bas pour les dents supérieures et de bas en haut pour les dents inférieures.

Le petit appareil de M. Tacail, qui complète notre arsenal, peut nous rendre de signalés services. C'est un appareil très ingénieux et je tiens à joindre mes félicitations à celles de l'assemblée. Je vous remercie beaucoup de votre présentation. *((Applaudissements.)*

IV. — Quelques considérations sur les travaux de M. Mummery touchant l'innervation de la pulpe, par M. Mendel-Joseph.

M. Mendel-Joseph donne lecture d'une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

Discussion.

Le président. — Je suis très heureux d'avoir entendu la conférence de M. Mendel-Joseph qui vient compléter et mettre en lumière la présentation qui nous a été faite il y a une quinzaine de jours à l'Ecole dentaire de Paris par M. Mummery.

Je remercie M. Mendel-Joseph de sa communication et surtout d'avoir si aimablement répondu à l'appel du Bureau et je me permets d'exprimer le désir de vous voir suivre son exemple quand on vous demande de faire des communications.

M. Georges Villain. — J'ai assisté à la présentation de coupes qui nous a été faite par M. Mummery. Je ne connaissais qu'imparfaitement la question et j'ai glané ce matin-là les explications qu'ont bien voulu me donner M. Mendel-Joseph et d'autres confrères qui ont eu l'amabilité de me renseigner sur certains points.

J'ajoute que j'étais beaucoup plus fatigué dimanche matin en sortant de la séance de M. Mummery que je ne le serai ce soir, car dimanche je suis sorti très désappointé, très mécontent de moi-même et des études histologiques que j'avais inconsciemment négligées à cette Ecole, lorsque j'y étais élève.

Ce soir, au moins, je sortirai de la Société d'Odontologie ravi, parce que j'y ai appris quelque chose.

Je tenais à remercier M. Mendel-Joseph afin qu'il n'hésite pas une autre fois à nous tenir au courant des recherches qu'il fait et qu'il nous apporte ici ses explications sur un sujet qu'il possède bien et qu'un certain nombre d'entre nous, insuffisamment documentés, sont très heureux de recueillir. (*Applaudissements*).

M. Godon. — Permettez-moi de joindre mes félicitations à celles qui viennent d'être adressées à M. Mendel-Joseph.

Vous avez pu apprécier combien dans cette question de l'innervation de la dentine il nous a fait une présentation complète de la question. C'était vraiment le commentaire nécessaire de la communication de M. Mummery.

Après cette communication de M. Mendel-Joseph tous nos con-

frères apprécieront mieux l'intérêt qu'il y avait à ce que M. Mummery vienne de Londres, sur la demande du Bureau de la Société d'Odontologie, pour nous faire sa démonstration à Paris.

Nous avons à remercier M. Mummery, M. Mendel-Joseph et le Bureau de la Société d'Odontologie.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le secrétaire général,

R. LEMIÈRE.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance du 20 mai 1912.

M. Rodier rapporte un cas d'ostéosarcome ostéogène du maxillaire supérieur et présente le malade qui est complètement guéri deux mois après l'opération. Il s'agit d'un jeune homme d'une vingtaine d'années qui présentait une tumeur s'étendant de la première petite molaire supérieure droite jusqu'en arrière de la tubérosité maxillaire; tumeur arrondie, lobulée, dure, assez mobile avec quelques ganglions. Divers diagnostics avaient été portés : tumeur maligne, actinomycose... ; M. Rodier en fit un ostéosarcome qu'il opéra facilement après une injection locale de novocaïne. Par l'implantation on communiquait largement avec la voûte palatine et le sinus. Le soir de l'opération le malade fut hospitalisé dans un état d'apparence très grave ; il avait eu, dit-on, une grande hémorragie et il était absolument inconscient ; M. Rodier pense que ce malade a eu tout simplement des symptômes de choc opératoire. Deux mois après le malade était complètement guéri et cela sans l'aide d'aucun pansement, ni lavage. L'examen histologique a montré que c'était un sarcome a myéloplaxes, tumeur bénigne.

M. le Prof. Jean-Louis Faure fait une communication sur les tumeurs malignes de la cavité buccale. Pour lui la chirurgie buccale est souvent grave, les vrais succès ne sont pas fréquents; les grandes interventions sont toujours graves, sérieuses, en raison de la région même où l'on opère, des grands délâbrements que l'on effectue, de la difficulté de réaliser l'asepsie; on doit donc faire tout son possible pour opérer de bonne heure et en tous cas les quelques succès obtenus jusqu'à ce jour doivent encourager pour l'avenir. Il divise les tumeurs malignes buccales en deux classes : celles des parties molles et celles du squelette. En principe, il pose que les tumeurs des os sont toujours moins graves que celles des parties molles ; que les interventions sur les maxillaires supérieurs sont moins graves que sur les maxillaires inférieurs; que les interventions sur la lèvre supérieure sont plus graves que sur la lèvre inférieure.

Le cancer de la langue doit être opéré de bonne heure, très tôt même si l'on veut avoir la chance d'une guérison certaine, durable. Aussitôt le cancer reconnu ou même soupçonné il faut opérer sans perdre de temps et se méfier du traitement d'épreuve, traitement syphilitique qui est dangereux pour le cancer. Le cancer de la langue se rencontre souvent chez les fumeurs syphilitiques. L'opération faite au début sera peu grave et on devra toujours chercher et enlever les

ganglions atteints, mais il n'est pas nécessaire de les enlever systématiquement, bilatéralement s'ils ne sont pas touchés.

Lorsque le cancer n'a pas atteint le plancher de la bouche, l'opération est moins grave et il est alors avantageux d'avoir deux plaies opératoires complètement séparées : buccales et cervicales. Le cancer primitif du plancher de la bouche est moins grave que le cancer de la langue propagé au plancher.

Le cancer de l'arrière-gorge, amygdale, pilier, voile, est le pire de tous les cancers. Il est rarement vu et diagnostiqué au début ; c'est une opération effroyable, dans laquelle on est obligé d'enlever de grosses masses de substances et de réséquer une partie du maxillaire inférieur. Il n'y a pour ainsi dire pas de guérison définitive.

Le cancer de la face interne de la joue est peu fréquent, mais grave, et récidive en général rapidement.

Les opérations pour tumeurs des os sont assez simples, leurs hémorragies s'arrêtent facilement, mais dans les opérations sur les maxillaires inférieurs il y a toujours à craindre l'infection des voies aériennes qui amène la mort souvent et vivement.

M. Fargin-Fayolle présente un long mémoire sur certains accidents d'évolution dentaire, causes différentes d'une affection qu'il dénomme désinclusion dentaire, affection qui s'accompagnerait de péricoronarite. A l'appui de sa thèse il rapporte l'observation d'un cas de désinclusion dentaire de deux dents de la mâchoire inférieure chez une femme de 55 ans.

M. Robin expose sa méthode de la substitution dans la construction des appareils complets physiologiques. Partant de ce principe que toutes les mâchoires ont la même trajectoire à la quantité près, il opère de la façon suivante dans la construction d'un appareil complet. L'empreinte étant prise, les modèles coulés et articulés, il mesure l'arc de la plus petite mâchoire à environ deux centimètres du point médian, c'est-à-dire dans la région des petites molaires. Ceci fait il cherche dans la série des mâchoires gabarits qu'il a à sa disposition celle qui correspond au cas donné. Il place alors ces mâchoires sur la cire d'articulation de façon à les faire articuler convenablement entre elles et il essaye le tout en bouche de façon à donner la hauteur voulue à l'ensemble. On obtient ainsi rapidement un appareil complet qui se rapproche le plus de la nature puisque l'on prend comme modèle une mâchoire qui fonctionne. Pour terminer l'appareil il suffit de remplacer les dents de la mâchoire gabarit par des dents de porcelaine auxquelles on donne la forme convenable.

P. V.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS DE NIMES

(A. F. A. S.)

Le Congrès de l'A.F.A.S. de 1912 (41e session) se réunira à Nîmes du 1er au 6 août, sous la présidence de M. Ch. Lallemand, Membre de l'Institut, Inspecteur général des Mines, Président de l'Association.

Les Séances se tiendront au Lycée de garçons.

Le Secrétariat y sera ouvert le 31 juillet à 2 h. 1/2.

PROGRAMME GÉNÉRAL DU CONGRÈS.

Jeudi 1er août. — Matin, 10 h. 1/2, Séance d'ouverture, au Théâtre. — Après-midi, Séances de sections. Visites scientifiques et industrielles. — Soir, 9 heures, Réception solennelle.

Vendredi 2 août. — Matin, Séances de sections. — Après-midi, Séances de sections. Visites scientifiques et industrielles. — Soir, Conférence par M. J. Blondin, Professeur Agrégé de Physique au Collège Rollin. Sujet : *Grands réseaux français de distribution d'énergie électrique.*

Samedi 3 août. — Matin, Séances de sections. — Après-midi, Séances de sections.

Dimanche 4 août. — Excursion générale à Saint-Gilles et à Aigues-Mortes.

Lundi 5 août. — Matin, Séances de sections. — Après-midi, Séances de sections. Visites scientifiques et industrielles. — Soir, Conférence.

Mardi 6 août. — Matin, Séances de sections. — Après-midi, Séances de sections. Assemblée générale de clôture du Congrès.

Mercredi 7, Jeudi 8 et Vendredi 9 août. — Excursion finale au pays de Mireille : Avignon, Villeneuve-les-Avignon, la Fontaine de Vaucluse, Maillane, Saint-Remy, les Baux, le Castelet, Montmajour, Arles (chemin de fer et automobile).

PROGRAMME DÉTAILLÉ DE QUELQUES VISITES INDUSTRIELLES, DES EXCURSIONS GÉNÉRALES ET DE SECTIONS.

I. — *Exposition d'Hygiène Sociale Urbaine et Rurale.*

Organisée par le Comité local et la Section d'Hygiène et de Médecine publique (29 juillet-15 août 1912).

II. — *Visites industrielles.*

1° La manufacture des tapis de MM. Saurel et Miaulet, à Nîmes. — Les Congressistes pourront visiter la manufacture Saurel et Miaulet

où se fabriquent des tapisseries et des soies artistiques pour l'ameublement. Ils y verront de belles étoffes, d'après les grands dessinateurs des XVIIe et XVIIIe siècles, dans de riches coloris.

Les personnes que ce genre d'industrie intéresse pourront aussi parcourir l'usine et y voir les diverses opérations par lesquelles passe la fabrication : teinturerie, dévidage, ourdissage, lecture des dessins, perforage des cartons Jacquard et tissage ;

2° La manufacture d'étoffes d'ameublement, maison Bertrand-Boula, à Nîmes ;

3° L'usine de Comps. Nouvelles installations électriques pour la prise des eaux du Rhône servant à alimenter la ville de Nîmes (Excursion d'une demi-journée).

III. — *Excursion générale du Dimanche.*

Dimanche 4 août 1912. — **Saint-Gilles et Aigues-Mortes.**

Départ de Nîmes vers 7 heures (avec le train). — Arrivée à Saint-Gilles vers 9 heures.

Saint-Gilles : *Église abbatiale,* triple portail du XIIe siècle avec curieuses sculptures. — Grande crypte et tombeau du saint. — Ancienne abside et fameux escalier de la *Vis de Saint-Gilles.* — *La maison romane.* Vues sur la Camargue et les étangs.

Départ de Saint-Gilles à 11 heures 9. — Le littoral, les étangs, la tour Carbonnière.

Arrivée à Aigues-Mortes vers 12 h. 17. — Déjeuner. — Visite des fameux remparts de Philippe II. — La tour de Constance.

Vers 4 heures, départ pour le Grau-du-Roi. — Les marais salants. — La mer et le port du Grau. — Dîner sur le bord de la mer.

Retour vers 10 heures.

IV. — *Excursion finale des 7, 8 et 9 août au pays de Mireille.*

Première journée : **Avignon.**

9 h. 20 — Départ de Nîmes en chemin de fer pour Avignon.

10 heures. — Traversée du Rhône (Châteaux de Beaucaire et Tarascon).

11 heures. — Traversée de la Durance.

11 h. 07. — Arrivée à Avignon.

12 heures. — Déjeuner.

13 h. 30. — Boulevard de la République. Église Saint-Didier.

14 heures. — Musée Calvet (un des plus riches de province). Archéologie romaine et du moyen âge. — Beaux-Arts. — Médailles. — Histoire naturelle.

15 h. 30. — Hôtel de Ville. — Monument du Centenaire.

16 heures. — Église Saint-Pierre (Façade du commencement du XVIe siècle, style de transition. — Porte Renaissance, à l'intérieur, œuvres d'art remarquables.

16 h. 15. — *Le Palais des Papes* (construit dès la première moitié du XIVe siècle par les papes Benoît XII, Clément VI, Innocent VI, etc. Salle de l'Audience, Chapelle, Tours Saint-Laurent, des Anges, de

Trouillas, de la Campane, etc. — Fresques remarquables de Matteo Giovanetti, etc.).

17 h. 30. — L'Église Notre-Dame-des-Doms (en grande partie romane du XIIe siècle. — Porche avec fresques Simone Memmi. — Nef romane à coupole sur trompes. — Chapelles latérales plus récentes. — Œuvres d'art : Tombeau de Jean XXII, siège épiscopal, peintures, etc.).

18 h. 30. — Le rocher des Doms. — Vue générale au soleil couchant. — Panorama splendide.

19 heures. — Dîner et coucher à Avignon.

Deuxième journée : **Villeneuve-les-Avignon, Vaucluse, Saint-Remy, Les Baux.**

Excursion en automobiles.

7 heures précises. — Départ pour Villeneuve en automobiles (le Pont Saint-Bénézet. — La Bartelasse. La Tour de Philippe-le-Bel).

7 h. 30. — Arrivée à Villeneuve. Le Fort Saint-André (forteresse royale construite par Philippe le Bel, vers la fin du XIIIe siècle. — Les deux tours jumelles. — Salles des gardes et des prisonniers. — Panorama splendide. — Le tombeau et la grotte de Sainte-Casarie. — Les Bénédictins).

8 h. 30. — La Chartreuse du Val de Bénédiction (fondée par le pape Innocent VI (1356) : église, cloîtres, fresques, etc.).

9 heures. — Vieilles maisons. — Église collégiale Notre-Dame (œuvres d'art : vierge d'ivoire, maître-autel avec bas-relief du Christ au tombeau, toiles de Mignard, Levieux, Philippe de Champagne, Imbert, etc.).

9 h. 30. — Le Musée, très intéressant (*Tombeau du pape Innocent VI.* — Couronnement de la Vierge, par Enguerrand de Charonton, XVe siecle).

10 h. 30. — Départ en automobiles pour la Fontaine de Vaucluse.

10 h. 45. — Château de Gadagne.

11 heures. — Le Thor (Église romane).

11 h. 30. — L'Isle-sur-Sorgue. — Usines.

11 h. 45. — Vaucluse (Source de fond. Cirque de rochers très pittoresque, Vallée fermée).

12 heures. — Déjeuner. — Église romane. — Château de Pétrarque.

13 h. 30. — Départ en automobiles par la route de l'Isle, Caumont (Vieilles ruines romanes). — Château-Renard et Maillane.

14 h. 15. — *Maillane.* — Visite au maître Frédéric Mistral.

15 h. 30. — *Saint-Remy-de-Provence.* — Visite des Antiques. (Mausolée romain et Arc de triomphe avec bas-relief entièrement curieux. — Cloître de Saint-Paul et Carrières romaines.)

16 heures. — *Les Baux* (Rochers découpés des Baux-Manière. — Visite de l'ancienne ville des Baux ; principales rues et maisons, églises et constructions creusées dans la roche mollassique. — Esplanade. — Château féodal (XIe, XIIe, XIIIe siècles, etc., etc.).

18 heures. — Départ des Baux. — Fontvieille et ses carrières ouvertes dans la mollasse.

18 h. 30. —*Le Castelet* (Allées couvertes de Provence: curieux hypogées d'époque préhistorique creusés dans la mollasse et recouverts d'immenses dalles).

18 h. 45. — MONTMAJOUR. Une des plus curieuses abbayes de la région; constructions romanes, gothiques et moderne (XIIe, XVIIe siècles).

19 heures. — Arrivée à Arles. — Dîner et Coucher.

Troisième journée : **Arles.**

Matinée. — Visite des monuments.

8 heures matin. — 1° Église de Saint-Trophime: contructions romanes sur fondations antiques. Porche sculpté de 1180. Chœur du XVe siècle. Cloître des XIIe, XIVe et XVe siècles;

2° THÉATRE ANTIQUE. Ruines d'un grand caractère architectural. Musée lapidaire à l'intérieur;

3° AMPHITHÉATRE ROMAIN. De dimensions un peu plus grandes que celui de Nîmes, mais moins bien conservé;

4° Vieilles rues et vieux remparts;

5° Les *Alyscamps* ou (Champs-Élysées). Allée funéraire. Église Saint-Honorat.

12 heures. Dîner à Arles.

14 heures. 1° *Musée lapidaire*(Objets préhistoriques trouvés dans les allées du Castelet. Sarcophages chrétiens du IVe siècle ornés de bas-reliefs très curieux. Inscriptions. Sculptures, céramique, etc.);

2° *Museon Arlaten* (fondé par Frédéric Mistral). Du plus haut intérêt pour les études d'ethnographie locale: costumes, mobilier, objets divers. — Dans la cour du musée, restes d'une basilique romaine;

3° *Musée Réattu* (Anciennes tapisseries. Tableaux de peintres locaux);

4° *Les Thermes* de Constantin (Ancien Palais de la Trouille).

Départ pour Nîmes à 17 h. 30.

V. — *Excursions particulières pouvant être organisées par les Sections.*

1° Aux mines de la Grand'Combe et aux forges de Tamaris, près Alais;

2° A l'établissement hydrominéral des Fumades;

3° Excursion préhistorique et pittoresque à La Baume-Saint-Vérédème;

4° Excursion préhistorique à Canteperdrix, près Calvisson;

5° Excursion archéologique au Pont-du-Gard;

6° Visite à l'Observatoire du Mont-Ventoux (invitation a été adressée; sera organisée si elle reçoit un nombre suffisant d'adhésions).

Section d'Odontologie.

Rappelons que la Section d'Odontologie s'ouvrira le 1er août 1912 sous la présidence de notre confrère M. Soulard, 8, rue de la Répu-

blique, Lyon, auquel toutes communications doivent être adressées. ou, à son défaut, au secrétaire, M. Yvrard, 180, boulevard de la Croix-Rousse, Lyon.

1re *liste d'adhérents.*

MM.

Pont, Lyon.
André, —
Vichot, —
Bouchard, —
Vicat, —
Raton, —
Yvrard, —
Conte, —
Millet, —
Durand, —
Borrey, —
Chauvin, —
Quintero, —
Schwartz, Nîmes.
Carrel, —
Dovenet, —
Durif, —
Romieux, —
Gouttenoir, Saint-Chamond.
Stener, Romans.
Godon, Paris.
G. Robin, —
Siffre, —
M. Roy, —
Grimaud, —
Blatter, —
Villain, G. —

MM.

Villain, H. Paris.
P. Martinier, —
R. Lemière, —
Machtou, —
Dreyfus, —
Eudlitz, —
L. Lemerle, —
Bioux, —
J. d'Argent, —
Miégeville, —
Crocé-Spinelli, Paris.
Franchette, —
Pailliottin, —
Fourquet, —
Solas, —
Barden, —
Bohl, Castres.
Arnal, Dijon.
Monnier, Besançon.
Meyer, Villefranche.
Klein, Bourg.
André, Paris.
Jeay, —
M. Renhold, —
Touvet-Fanton, —
G. Martinier, —
Cernéa, —

1re *liste de communications annoncées.*

MM. Pont (Lyon). 1° Élévateur pour racines fracturées;
— 2° Bridge à bagues fendues (genre Léger-Dorez).
— 3° Observation de canines incluses. Leur traitement.

Vichot (Lyon). 1° Kyste de l'ovaire avec présence de dents sur une cloison osseuse.
— 2° Canine en ectopie chez un hérédo-syphilitique.

Raton (Lyon). L'exercice illégal et ses dangers.

MM. Conte (Lyon). La radiographie en art dentaire. Présentation de clichés.

Quintéro et Chauvin (Lyon). Le « tartar fulvent » dans a cure des abcès pyorrhéiques.

Soulard (Lyon). De l'état molléculaire des métaux coulés, son importance en prothèse dentaire.

Maurice Roy (Paris). Quelques considérations sur le coiffage de la pulpe.

Godon (Paris). Questions d'enseignement odontologique.

Eudlitz (Paris). De l'obturation à la feuille dans l'enseignement.

G. Villain (Paris). L'esthétique en prothèse dento-faciale.

H. Villain (Paris). Quelques cas intéressants d'orthodontie et leur traitement.

Batter (Paris). Technique opératoire du traitement des kystes alvéolo-dentaires.

André (Lyon). Observations sur quelques médicaments héroïques.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE
(F. D. I.)

Londres, 29 mai 1912.

Cher collègue,

La session de la F. D. I. aura lieu cette année le mercredi 28 et le jeudi 29 août, à Stockholm, à la Svenska läkare Sällskapet Hus (Maison des médecins suédois), 10, Klara Norra Kyrhogatan.

Elle sera d'une importance toute particulière, comme on peut le voir par le programme provisoire ci-inclus.

On y traitera spécialement les questions d'hygiène dentaire. La Commission d'hygiène (H. C. F. D. I.) se trouvant placée sous le protectorat de Sa Majesté le Roi Gustave V, de Suède, le Gouvernement royal suédois assure l'intérêt que prendra le roi aux débats de la F. D. I.

Les détails du programme des réceptions ne sont pas encore complétés, mais nous savons que nos confrères suédois préparent déjà une réception digne et cordiale à la F. D. I., et nous espérons que la session de Stockholm sera très suivie par nos membres, et par ceux qui ont l'intention de s'associer à la Fédération.

Nous publions ci-dessous l'invitation d'assister à leurs assemblées des 30 et 31 août, que nos confrères suédois ont fait parvenir à la F. D. I.

Au nom du Comité exécutif,

W. B. Paterson, *président.* F. Schaeffer-Stuckert, *secrétaire général.*

Svenska Tandläkare-Sällskapet.

Au secrétaire général de la F. D. I.

L'Association dentaire suédoise et l'Association des chirurgiens-dentistes suédois tenant leurs assemblées annuelles les 30 et 31 août conjointement avec l'assemblée annuelle de la F. D. I., nous avons l'honneur d'inviter à nos séances les membres de la Fédération dentaire internationale.

Agréez, Monsieur, l'assurance de notre considération très distinguée.

SANHARD DAHLEN,
Président de l'Association des Chirurgiens-Dentistes Suédois.

A. HULTGREN,
Président de la Société Dentaire Suédoise.

PROGRAMME PROVISOIRE

Mardi 27 *août* 1912.

Soirée de réception donnée par les dentistes de Stockholm.

Mercredi 28 *août*.

9 h. 30 matin. — Séance d'ouverture de la F. D. I. dans la Maison des médecins suédois (Svenska läkare Sällskapet Hus), Klara Norra Kyrhogatan, 10.

ORDRE DU JOUR.

Adresse du président de la F. D. I., M. le Dr Paterson.

Adresses des représentants du Gouvernement suédois et des chirurgiens-dentistes suédois.

Adresses des délégués de tous les pays représentés à la session et des présidents des Commissions.

11 h. — Séances du Comité exécutif pour l'élection de nouveaux membres, etc.

Séances d'ouverture des Commissions.

1 h. — Déjeuner.

3 h. — Séances des Commissions (*continuation*).

4 h. — Séance du Comité exécutif.

ORDRE DU JOUR.

Rapport du secrétaire général. Rapport du trésorier.

(*a*) Distribution du prix Miller pour la deuxième fois.

(*b*) Préparatifs du 6e Congrès dentaire international qui aura lieu à Londres en août 1914.

(*c*) Proposition et discussion d'un code international de déontologie.

(*d*) Proposition d'établir un répertoire annuel de tous les chirurgiens dentistes réguliers du monde, et une liste de toutes les sociétés dentaires existantes.

(*e*) Proposition d'éditer une bibliographie complète des ouvrages dentaires et d'assurer la continuité de ces renseignements avec l'aide de l'Institut International de Bibliographie de Bruxelles.

8 h. soir. — Banquet de la F. D. I. (Couvert, sans vin, 8 kroner.)

Jeudi, 29 *août*.

9 h. matin. — Séances des Commissions.

11 h. matin. — Séance du Comité exécutif pour traiter les questions ajournées et pour examiner :

(*a*) Une proposition de la Commission d'hygiène tendant à adopter comme organe officiel de la F. D. I. *Internationales Archiv für Mundhygiene*.

(*b*) Les propositions suivantes de M. Van der Hœven :

I. — Toutes les associations des différents pays appartenant à la F. D. I. versent annuellement, proportionnellement au nombre de leurs membres, une contribution aux frais dans la caisse de la F. D. I.

2. — En cas de création d'un organe officiel de la F. D. I., ce journal serait expédié franco aux différentes associations en nombre correspondant à celui de leurs membres.

1 h. — Déjeuner.

3 h. — Séance du Comité exécutif.

ORDRE DU JOUR :

Attribution du prix Miller.

Réception des rapports des Commissions.

Adoption des résolutions.

Séance de clôture.

Le soir. — Soirée.

ORDRE DU JOUR DES COMMISSIONS.

Commission d'enseignement. Séance des 28 et 29 août.

Rapport du président E. C. Kirk, « Sur les méthodes d'enseigner la dentisterie opérative et prothétique adoptées en Europe et en Amérique ».

Discussion.

Commission d'hygiène et des Services dentaires publics (H. C. F. D. I.). Séances des 28 et 29 août.

Rapport du président E. Jessen « Sur les progrès de l'hygiène dentaire dans l'année écoulée ».

Procès-verbal de la H. C. F. D. I.

Programme de la H. C. F. D. I.

Règlement de la H. C. F. D. I. selon les propositions publiées dans le tome 3 des *Archives internationales d'hygiène buccale.*

Proposition d'éditer les comptes rendus de la F. D. I. dans les langues de la F. D. I. dans les *Archives internationales d'hygiène buccale.*

Election des membres honoraires de la H. C. F. D. I.

Election des membres de la H. C. F. D. I.

Pendant la séance de la H. C. F. D. I. les conférences suivantes (chacune limitée à 15 minutes) seront faites :

1° Horace Fletcher (New-York), *président de l'Association d'hygiène dentaire américaine :* « Comment apprécier la science et la profession dentaires ».

2° Prof. Christensen (Copenhague) : « Proposition d'un examen systématique et régulier des enfants des écoles supérieures par des chirurgiens-dentistes privés ».

3° Dr Gabriel Wolff (Vienne) : *Secrétaire général de la Société autrichienne d'hygiène dentaire scolaire,* « Hygiène dentaire dans les écoles en Autriche ».

4° Dr Steffen (Cuxhaven) : « Hygiène dentaire militaire ».

Les autres Commissions (Terminologie dentaire, Bibliographie et Documentation) et les administrateurs du prix Miller se réuniront à des heures diverses.

Vendredi, 30 août.

Séances scientifiques de l'Association dentaire suédoise (Svenska Tandläkare Sällskapet) et de l'Association des chirurgiens-dentistes suédois (Sveriges Tandläkare Förbund).

8 h. soir. — Banquet des Sociétés dentaires suédoises, auquel sont invités les membres de la F. D. I.

Samedi, 31 août.

Séances scientifiques et démonstrations des Sociétés dentaires suédoises.

NÉCROLOGIE

Mme F. Chevrier.

Nous apprenons la mort à l'âge de 47 ans de Mme Chevrier, femme de notre confrère M. Francisque Chevrier, de Saint-Etienne, survenue le 5 juin 1912.

Nous adressons nos condoléances à la famille.

NOUVELLES

A l'Académie de médecine.

Nous apprenons avec le plus grand plaisir que M. Grimbert, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie, directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux, vient d'être nommé membre de l'Académie de médecine.

On sait que M. Grimbert a appartenu pendant de longues années au corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris, dont il est resté professeur honoraire. Il a laissé parmi nous les meilleurs souvenirs et son enseignement était hautement apprécié.

Au moment de la réforme des études dentaires M. Grimbert a participé à l'élaboration du programme du décret du 11 janvier 1909, notamment pour la chimie.

Tous ceux qui l'ont connu se réjouiront de cette nomination, qui est la juste récompense des importants travaux scientifiques de M. Grimbert.

Nous lui adressons nos plus sincères félicitations.

A la Faculté de Médecine.

Nous apprenons avec la plus vive satisfaction que M. Desgrez, professeur agrégé à la Faculté de médecine, qui avait été présenté, il y a quelques jours, pour la titularisation, vient d'être nommé professeur titulaire.

Tous ceux qui connaissent M. Desgrez applaudiront à cette nomination. L'Ecole dentaire de Paris, où il ne compte que des amis, en

est heureuse et adresse à M. Desgrez, un de ses meilleurs professeurs et un de ceux dont l'enseignement est le plus suivi, ses plus chaleureuses félicitations.

A la Faculté de Bordeaux

La Faculté de médecine de Bordeaux vient de créer une chaire magistrale de clinique dentaire et notre confrère M. Cavalié a été nommé à cette chaire.

Si nous avons quelques regrets à la pensée que les dentistes de Bordeaux n'ont pas réussi à conserver la direction de leur enseignement, comme nous avons réussi à le faire à Paris, nous constatons du moins que, dans l'organisation officielle qui en a été faite à la Faculté de médecine de Bordeaux, on a adopté une solution qui sauvegarde notre technique dans une certaine mesure et se rapproche davantage de la formule odontologique que la solution stomatologique qu'avaient tenté de faire aboutir les stomatologistes. En effet, on a créé une chaire magistrale de clinique dentaire qui sera consacrée aussi bien à l'enseignement des étudiants en chirurgie dentaire qu'à celui des étudiants en médecine de quatrième année. Enfin le titulaire de la chaire est un agrégé, *chirurgien-dentiste,* qui depuis dix ans n'a cessé d'apporter son concours à la Société d'Odontologie et aux Congrès dentaires. Nous lui adressons nos félicitations.

Nous ajoutons que cette solution se rapproche sensiblement de celle qu'avait préconisée notre confrère M. Frey dans l'article qu'il a publié dans la *Gazette des hôpitaux* du 29 février 1912 et que nous avons reproduit dans *L'Odontologie* du 15 mars suivant.

F. D. N.

Une assemblée générale extraordinaire de la F. D. N., convoquée par l'administrateur judiciaire, aura lieu le samedi 20 juillet, au siège social, Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, à 8 heures du soir.

ORDRE DU JOUR :

1° Nomination d'un Comité exécutif ;

2° Délibération sur les propositions émanant des bureaux des diverses sociétés dans les délais prévus aux statuts.

Banquet.

Le banquet organisé par la *Maison du dentiste* et *l'Union corporative des étudiants* a eu lieu le mardi 25 juin à la Maison des étudiants,

15, rue de la Bûcherie, sous la présidence du Ministre de l'Instruction publique.

Il comptait 180 couverts. Plusieurs sociétés professionnelles y étaient représentées, notamment l'A. G. S. D. F., l'Ecole dentaire de Paris, l'Association de l'Ecole Odontotechnique, le Cercle Odontologique. Des toasts ont été portés, entre autres par M. Blatter, président et représentant de l'A. G. S. D. F., et M. Henri Villain, délégué par le Bureau de l'Ecole dentaire de Paris, qui ont assuré la Maison du dentiste et la Corporative de la sympathie de leurs Sociétés et apporté les félicitations et les encouragements de celles-ci.

Fête très réussie.

Nomination.

Nous apprenons avec plaisir que notre confrère M. Henri Mousis, membre de l'A. G. S. D. F., dentiste inspecteur des écoles normales et des écoles primaires supérieures du département des Basses-Pyrénées et dentiste du Lycée de Pau, vient d'être nommé dentiste inspecteur des écoles publiques de cette ville, ainsi que son fils.

A. G. S. D. F.

Le Conseil d'administration de l'A. G. S. D. F. s'est réuni le samedi 22 juin 1912 à 9 heures du soir, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

Après approbation du procès-verbal de la séance du 24 février 1912 et ratification des décisions du Bureau des 5, 12, 19 et 26 mars, 2 avril, 14 et 21 mai, 4 et 18 juin, le Conseil a entendu un rapport du trésorier, un rapport du conseil de famille concluant à prononcer des admissions et à accepter des démissions, un rapport de la Commission syndicale et un rapport de la Commission de prévoyance.

La séance a été levée à 11 h. 1/2.

Société d'Odontologie de Paris.

La Société d'Odontologie de Paris a organisé un concours entre les élèves de 3e et de 4e année (émaux, aurifications, inlays) le dimanche 23 juin, à 9 heures du matin, à l'Ecole dentaire de Paris.

Il comprenait deux parties : 1° un travail exécuté et terminé avant le concours (présentation d'un malade porteur de travaux dus à l'élève) ; 2° un travail exécuté devant le jury, de 9 heures à midi.

Le jury comprenait le directeur de l'Ecole, le président de la So-

ciété de l'Ecole et 11 dentistes faisant partie de la Société d'Odontologie. Les prix étaient au nombre de trois.

Nous reviendrons d'ailleurs sur ce concours.

Maison des étudiants.

L'Association générale des étudiants a organisé le vendredi 21 juin à 8 h. 1/2 du soir, au théâtre des Variétés, mis gratuitement à sa disposition, une représentation au profit de la *Maison des étudiants* (ancien hôtel Colbert, 13 et 15, rue de la Bûcherie).

INDEX ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

1er semestre 1912.

A

B

C

D

E

T

U

V

TABLE MÉTHODIQUE DES MATIÈRES

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

GROUPEMENT DES ÉCOLES DENTAIRES DE PARIS RECONNUES D'UTILITÉ PUBLIQUE

GROUPEMENT DE L'ECOLE DENTAIRE DE PARIS et A. G. S. D. F.

HYGIÈNE

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

NÉCROLOGIE

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

NOTES PRATIQUES

NOUVELLES

RÉUNIONS ET CONGRÈS

REVUE ANALYTIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

UNION FÉDÉRALE DENTAIRE NATIONALE

VARIA

NOMS D'AUTEURS

NOMS D'AUTEURS[1]

1. Les noms en italiques indiquent les orateurs qui ont pris part aux discussions de la Société d'Odontologie.